

Ana Rita Coelho Farias

**PADRÕES DE VINCULAÇÃO, AUTOESTIMA E
ESTADOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO
INSTITUCIONALIZADAS**

Orientador: José de Almeida Brites

**Universidade Lusófona de Humanidades de Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2015**

Ana Rita Coelho Farias

**PADRÕES DE VINCULAÇÃO, AUTOESTIMA E
ESTADOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO
INSTITUCIONALIZADAS**

Dissertação apresentada para a obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia,
Aconselhamento e Psicoterapias, no curso
de Mestrado Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapias, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Prof. Doutor José de Almeida
Brites

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa
2015

Epígrafe

“Aquilo que é pensado como sendo essencial para a saúde mental é que a criança deve experimentar uma calorosa, íntima e contínua relação com a sua mãe (ou um substituto permanente) em que ambos encontrem satisfação e alegria”

Bowlby, 1969

Agradecimentos

Agradeço às pessoas que colaboraram e ajudaram na elaboração da minha tese de Mestrado, sem elas não conseguia terminar esta etapa.

Aos meus pais e ao meu irmão, quero agradecer por todo o carinho, amor, dedicação, paciência, por estarem sempre disponíveis a ouvir-me, a reconfortar-me, a aconselhar-me e por me terem apoiado sempre e investido na minha instrução como ser humano, como mulher e como profissional. Todo o meu percurso é graças a vocês e como forma de agradecimento dedico-vos tudo o que consegui alcançar.

À minha família (principalmente, as minhas primas Patrícia e Sónia) por todo apoio, especialmente, aqueles que estiveram lá quando mais precisei!

A todos os meus amigos, em especial à Filipa Barata, à Filipa Cirilo, ao Michael Pereira, muito obrigada pela paciência ao longo destes meses de intensivo trabalho, pela vossa amizade, pelos vossos “miminhos” e, por serem quem são.

Ao Professor Doutor José de Almeida Brites, quero agradecer a disponibilidade, a sabedoria e os ensinamentos constantes em todo o processo de orientação científica desta dissertação. Foi um privilégio ter sido sua aluna.

A todas as instituições de acolhimento e pais, agradeço pela atenção e colaboração na recolha da amostra para a minha investigação.

A todos os que não nomeio aqui mas que ao longo da minha vida (e não só da elaboração deste trabalho) contribuíram, direta e indiretamente, para ser quem sou hoje, pessoal e academicamente.

Resumo

De acordo com a teoria da vinculação, a qualidade da relação com as figuras parentais desempenha um papel fundamental na forma como os adolescentes se percebem a si e aos outros, contribuindo a qualidade destes laços para o desenvolvimento da autoestima e dos laços que se constroem posteriormente com os pares. Assim, as relações de vinculação assumem-se como significativas no desenvolvimento saudável de uma criança. Deste modo, esta investigação procurou verificar se os padrões de vinculação, a autoestima e os estados emocionais diferem entre as crianças institucionalizadas e as crianças não institucionalizadas. O presente estudo foi constituído por uma amostra de conveniência, englobando 46 crianças institucionalizadas e 50 crianças não institucionalizadas, com idades entre os 13 e os 15 anos ($M=14.05$; $DP=0.863$), de ambos os géneros. A comparação entre os dois grupos de crianças permitiu-nos perceber que a família desempenha um papel importante no desenvolvimento e na saúde mental da criança. Com esta investigação foi possível perceber que as crianças não institucionalizadas apresentam mais indícios de um padrão seguro do que as crianças institucionalizadas. Um outro resultado encontrado revela que ao nível da autoestima, ansiedade e depressão são as crianças institucionalizadas que apresentam maiores fragilidades, em comparação com as crianças que se encontram em meio familiar.

Palavras-Chave: Vinculação, Autoestima, Estados Emocionais, Crianças Institucionalizadas, Crianças Não-Institucionalizadas

Abstract

According to the attachment theory, the quality of the relationship with the parental figures plays a key role in how teenagers see themselves and the others. The quality of these ties contributes to the development of self-esteem and, later, to the development of ties with the pairs. Thereby, the attachment relationships are significant in the Healthy Development of a Child. Like this, this research examined if the attachment patterns, self-esteem and emotional states differ among institutionalized children and non-institutionalized children. This study consisted of a sample of convenience of 46 institutionalized children and 50 non-institutionalized children between 13 and 15 years old ($M=14.05$; $DP=0.863$) of both genders. The comparison between the two groups of children allowed us to realize that the family plays an important role in the development and children's mental health. With this research it was revealed that non-institutionalized children have more evidence of a safe standard than the institutionalized children. Another result shows that about the level of self-esteem, anxiety and depression are the institutionalized children who shows more weakness compared with children who have familiar ties.

Key-words: Attachment, Self-Esteem, Emotional States, Institutionalize Children, Non- institutionalized Children

Abreviaturas

CDI – Inventário de Depressão para Crianças

IPPA – Inventário de Vinculação aos Pais e Pares

MDI – Modelos Dinâmicos Internos

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCADS - The Revised Child Anxiety and Depression Scale

RSES - Escala de Autoestima de Rosenberg

Índice

Introdução	12
Capítulo 1 - Vinculação.....	16
1.1. Bowlby e Ainsworth.....	17
1.2. Teoria da Vinculação.....	19
1.3. Conceitos específicos da vinculação	21
1.3.1. Comportamentos de vinculação.....	21
1.3.2. Figura de vinculação e a relação da vinculação	24
1.3.3. Sistema de vinculação	24
1.3.4. Padrões de vinculação	26
1.3.5. Modelos Dinâmicos Internos.....	28
1.4. O desenvolvimento da vinculação.....	30
1.4.1. Fases do desenvolvimento da vinculação.....	30
1.4.2. O desenvolvimento da vinculação na infância e adolescência.....	31
1.5. Características na relação mãe – criança e relação pai – criança	32
1.6. Trajetórias atípicas de vinculação	33
1.6.1. Vinculação e psicopatologia do desenvolvimento.....	34
1.6.2. Vinculação e psicopatologia para além da infância.....	36
1.6.3. Vinculação: vulnerabilidade ou resiliência.....	37
Capítulo 2 - Privação de Cuidados Parentais	40
2.1. A institucionalização	41
2.1.1. O ambiente institucional: questões conceituais e contextuais	41
2.2. Impacto da Institucionalização.....	44
2.3. O contributo da teoria da vinculação.....	44
Capítulo 3 - Autoestima	48
3.1. Definição de Autoestima	49
3.2. A autoestima nos adolescentes	50

3.3. A autoestima nos adolescentes institucionalizados	52
Capítulo 4 - Estados Emocionais	54
4.1. Ansiedade nos adolescentes	55
4.2. Ansiedade nos adolescentes institucionalizados	57
4.3. Depressão nos adolescentes.....	58
4.4. Depressão nos adolescentes institucionalizados.....	61
Capítulo 5 - A vinculação, a Autoestima e os Estados Emocionais	63
5.1. Relação entre vinculação e a autoestima	64
5.2. Relação entre vinculação, ansiedade e depressão	66
Capítulo 6 – Objetivo e Hipóteses	68
6.1. Objetivo do estudo	69
6.2. Hipóteses do estudo	69
Capítulo 7 - Método.....	70
7.1. Participantes	71
7.2. Descrição das medidas de avaliação	72
7.2.1. IPPA - <i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i>	72
7.2.2. RSES - <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>	73
7.2.3. RCADS - <i>The Revised Child Anxiety and Depression Scale</i>	74
7.2.4. CDI – <i>Children Depression Inventory</i>	75
7.3. Procedimento.....	76
Capítulo 8 - Resultados	77
Capítulo 9 - Discussão	85
Capítulo 10 - Conclusão	93
Referências Bibliográficas	96
Apêndices.....	I
Anexos.....	IV

Índice de Tabelas

Tabela 1- Número de crianças institucionalizadas e não institucionalizadas por sexo .	71
Tabela 2 - Diferenças entre as dimensões dos testes (IPPA, RSES, RCADS e CDI) em função das crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.....	80
Tabela 3 – Matriz de correlação entre vinculação e a autoestima e os estados emocionais nas crianças institucionalizadas.....	82
Tabela 4 – Matriz de correlação entre vinculação e a autoestima e os estados emocionais nas crianças não institucionalizadas	84

Índice de Apêndices

Apêndice I – Consentimento Informado para as Instituições de AcolhimentoII

Apêndice II – Consentimento Informado para os Encarregados de Educação III

Índice de Anexos

Anexo 1 - Protocolo de AvaliaçãoV

Introdução

Cinquenta anos após os primeiros postulados de Bowlby, a investigação continua a procurar compreender o impacto da privação grave de cuidados parentais e de outros distúrbios relacionados com a vinculação (Zeanah et al., 2005).

Segundo John Bowlby, a ausência precoce de cuidados maternos estaria intimamente relacionada com trajetórias de vida desfavoráveis, uma vez que as crianças encontrar-se-iam impossibilitadas de dirigir o seu comportamento de vinculação a uma figura adulta específica que fosse capaz de, em resposta aos seus sinais, suprimir as suas necessidades de afeto e conforto (Bowlby, 1984).

Consequentemente, Bowlby (1984) enfatiza a importância do estabelecimento de uma ligação emocional, duradoura e insubstituível, com uma figura de vinculação adulta, a partir da qual a criança constrói conhecimentos e expectativas acerca de si própria, da figura de vinculação, das relações e do mundo. Este vínculo assume-se, assim, como precursor de trajetórias desenvolvimentais posteriores (des)adaptativas que, em função dos novos contextos e interações do indivíduo, tendem a traçar um percurso de continuidade ou de descontinuidade (Cummings, Davies & Campbell, 2000)

Deste modo, podemos dizer que o papel dos pais não passa, apenas, pela simples satisfação das necessidades fisiológicas da criança, mas também pelo afeto, pela atenção e segurança emocional. O seu desenvolvimento será mais equilibrado se sentirem que quem as protege estará sempre disponível (Bowlby, 1990). Posto isto, as crianças que apresentam uma autoestima mais elevada são as que têm uma história de vinculação segura, pois são menos dependentes e sentem-se mais competentes (Sroufe et al., 2005).

É de salientar, por outro lado, o aumento do número de instituições de acolhimento e a crescente proliferação de estudos internacionais focalizados nesta temática que têm enfatizado o efeito negativo das experiências de privação dos cuidados institucionais no desenvolvimento infantil (Zeanah, et al., 2005). Na sua generalidade, estas e outras investigações têm documentado sequelas ao nível das perturbações da vinculação, do desenvolvimento cognitivo, social e comportamental, do crescimento físico e da atrofia neuronal (Pereira, 2008).

Diferentes estudiosos (Smyke et al., 2007) têm sustentado a noção de que a diferenciação ao nível da qualidade da prestação de cuidados, a exposição a um período prolongado de institucionalização e a ausência do estabelecimento de uma relação

primária com um cuidador (Bowlby, 1984; Prada, Williams & Weber, 2007) podem ser prejudiciais no desenvolvimento destas crianças. Deste modo, permitiu-nos perceber que a família desempenha um papel importante no desenvolvimento e na saúde mental das crianças.

Inscrito nesta problemática, a presente investigação tem como objetivo geral avaliar se os padrões de vinculação, a autoestima e os estados emocionais diferem nas crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Esta investigação encontra-se organizada em duas partes, nomeadamente, o enquadramento teórico e o estudo empírico.

No que diz respeito, ao enquadramento teórico, fazem parte seis capítulos, que serão descritos em seguida.

O primeiro capítulo refere-se à vinculação e a todos os aspetos relativos à mesma, onde são abordados os principais autores e os conceitos gerais da teoria da vinculação, os conceitos mais específicos (e.g. sistema de vinculação, os padrões de vinculação modelos dinâmicos internos, entre outros), o desenvolvimento da vinculação na adolescência, as características na relação da criança com os pais e as trajetórias atípicas de vinculação (vinculação e psicopatologia, por exemplo).

O segundo capítulo menciona a privação dos cuidados parentais, como por exemplo, o impacto da institucionalização e o ambiente institucional.

No terceiro capítulo abordou-se a autoestima, mais especificamente a sua definição e estudos efetuados bem como a autoestima nos adolescentes.

O quarto capítulo refere-se aos estados emocionais (ansiedade e depressão).

No capítulo cinco, é feita a relação entre a vinculação com a autoestima e a vinculação com a ansiedade e a depressão.

Por último, temos o capítulo seis, onde é mencionado o objetivo do estudo bem como as hipóteses deste. Deste modo, as hipóteses desta investigação são: 1) é esperado que as crianças institucionalizadas apresentem mais indícios de um padrão de vinculação inseguro e as crianças não institucionalizadas apresentem mais indícios de um padrão de vinculação seguro; 2) Espera-se que a autoestima de orientação positiva das crianças institucionalizadas seja significativamente inferior às crianças não institucionalizadas; 3) Espera-se que a autoestima de orientação negativa das crianças institucionalizadas seja significativamente superior às crianças não institucionalizadas;

4) Espera-se que as crianças institucionalizadas apresentem mais níveis de ansiedade e de depressão do que as crianças não institucionalizadas.

A segunda parte da investigação é dividida em quatro capítulos, no primeiro é apresentada a metodologia onde são descritos os participantes, as medidas de avaliação e o procedimento utilizado.

No segundo capítulo são descritos os resultados obtidos na investigação.

O terceiro capítulo, é feita uma reflexão dos resultados face aos objetivos do estudo, apresentando uma discussão dos resultados segundo os modelos teóricos em que esteve fundamentada esta investigação.

O último capítulo refere-se à conclusão onde são descritas as limitações do estudo, bem como sugestões para estudos futuros na área.

Capítulo 1 - Vinculação

O desenvolvimento do conceito de vinculação encontra-se, principalmente, ligado aos trabalhos pioneiros desenvolvidos por John Bowlby e Mary Ainsworth, que revolucionaram a forma de olhar e de compreender a relação que se estabelece entre a mãe e a sua criança. Bowlby preocupou-se com as consequências da privação, separação e perda da mãe. Ainsworth, por sua vez, escolheu uma nova metodologia de análise da própria relação, a observação em meio natural, e analisou os efeitos da presença da figura materna como uma “base segura” para a exploração do mundo (Bretherton, 1992).

1.1. Bowlby e Ainsworth

No percurso pessoal e profissional de Bowlby encontramos um particular interesse pelo estudo da qualidade das interações afetivas na família e pela importância das experiências precoces de separação, privação e perda no desenvolvimento psicossocial da criança (Soares, 2009).

Bowlby (1990), apesar de inserido num meio científico em que predominava a perspectiva e metodologia psicanalíticas, contestava a forma como era analisada e compreendida a díade mãe - filho, e a sua influência no desenvolvimento da personalidade. Para o autor, a metodologia de observação era de extrema riqueza em informações que permitiam uma melhor compreensão da relação. Deste modo, Bowlby colocou em causa a ligação entre os acontecimentos nos primeiros anos de vida, a estrutura e o funcionamento da personalidade em adulto.

O interesse de Bowlby pelo tema surgiu enquanto voluntário numa instituição responsável pelo acolhimento de crianças e jovens problemáticos, onde o comportamento de duas crianças lhe despertou a atenção. Num dos casos, o adolescente nunca estabeleceu uma relação com a mãe e, o outro caso, a criança apresentava uma elevada ansiedade, seguindo-o para todo o lado. Ambos os casos levaram o autor a especializar-se em psiquiatria infantil (Ainsworth & Bowlby, 1991; Soares, 2009).

Posteriormente, desenvolveu um trabalho com 44 jovens delinquentes institucionalizados, verificando que em todos os casos, estes jovens tinham sido privados das interações com as suas mães (Ainsworth & Bowlby, 1991; Henriques, 2014). A ausência de afeto e de envolvimento emocional, característicos das interações entre mãe e criança será geradora de resistência aos afetos e problemas de

comportamento. Assim, a privação poderia comprometer a capacidade das crianças estabelecerem relações com os outros no futuro (Henriques, 2014).

Após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) convida Bowlby para desenvolver um estudo acerca das crianças que crescem privadas das suas mães (Bretherton, 1992). Bowlby e Robertson, num estudo, identificaram três fases de resposta aquando da separação da figura materna: fase de protesto, caracterizada pelo choro e pela esperança de reaver a mãe; fase de desespero, quando o choro dá lugar à perda de esperança; e a fase de desvinculação ou negação onde os comportamentos destrutivos e as birras da criança são muito frequentes (Bowlby, 1990).

Bowlby defendia que as crianças sentiam ansiedade quando uma situação ativava a procura da mãe e ao mesmo tempo a mãe não estava disponível (Bretherton, 1992).

Após estabelecer um vínculo emocional, a rutura provoca na criança alterações no comportamento e na saúde mental (Ainsworth & Bowlby, 1991).

A vinculação é um ato, um comportamento que é observável, o qual implica a existência de afeto dirigido a figuras específicas. Trata-se de um processo ativo, onde os atos pressupõem uma resposta do outro e uma promoção da interação (Ainsworth, 1969).

Na etologia, Bowlby, também, encontra muitos dos fundamentos que irão influenciar a sua conceptualização da teoria da vinculação. Ao contactar com as investigações realizadas em contexto animal, nomeadamente com os trabalhos de Lorenz com patos e gansos recém-nascidos e com os estudos de Harlow com macacos Rhesus, torna-se ainda mais evidente para Bowlby a importância de variáveis como o conforto com a proximidade com a figura materna e os laços sociais estabelecidos, independentemente, de uma gratificação oral, no desenvolvimento da relação afetiva bebé - mãe (Ainsworth & Bowlby, 1991; Soares, 2009).

Enquanto Bowlby se ocupava dos efeitos que a privação provocava nas crianças, Ainsworth, psicóloga canadiana, focou-se essencialmente na teoria da segurança de Blatz que permite à criança a exploração do mundo que a rodeia. Para a autora, os pais exercem um papel fundamental no apoio e transmissão de segurança para a descoberta do mundo (Guedeney & Guedeney, 2004; Ainsworth & Bowlby, 1991). As crianças

necessitam de desenvolver uma relação de dependência segura com os seus pais antes de se aventurarem num mundo desconhecido para si (Ainsworth, 1969).

Após a conclusão do seu trabalho, Ainsworth foi convidada a fazer parte da equipa de Bowlby em conjunto com Robertson, ficando responsável pela análise das observações levadas a cabo por este último autor (Bretherton, 1992). Ainsworth interessou-se pelo método de observação, e desta forma, realizou alguns trabalhos de observação da interação bebé – mãe em contexto naturalista, no Uganda e mais tarde em Baltimore, que conduziram à elaboração do procedimento laboratorial conhecido como Situação Estranha, que constitui um marco importante no desenvolvimento da teoria de vinculação, pois torna possível a análise das diferenças individuais na organização comportamental da vinculação. (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bretherton, 1992).

Segundo Cassidy, estes estudos constituíram fortes contributos para a teoria da vinculação de Bowlby. De um modo muito geral, os dados obtidos através dos estudos mostraram que as crianças procuravam em especial o contato com a mãe quando estavam assustadas, com dor ou fome. A mãe assume-se ainda como uma «base segura» para as suas explorações (Ainsworth & Bowlby, 1991).

1.2. Teoria da Vinculação

A vinculação é considerada um constructo psicológico que dispõe de uma capacidade explicativa do desenvolvimento, da formação do eu e do comportamento humano, mostrando que o ser se desenvolve ao crescer, sentindo, pensando e comunicando com os outros (Soares, 2009).

A teoria da vinculação refere a necessidade que o Homem possui universalmente de desenvolver ligações afetivas de proximidade ao longo da sua existência com o objetivo de atingir segurança, permitindo uma exploração do eu, dos outros e do mundo com confiança (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Esta teoria defende também, que existe uma capacidade para a criação de laços emocionais que tendem a formar um elemento determinante para o desenvolvimento e mesmo para um funcionamento psicológico, que procura assim contribuir para a compreensão das perturbações psicológicas, que se baseiam numa dissolução ou rutura que possa ser indesejada para os laços afetivos (Soares, 2009).

Ao referir a vinculação fala-se de John Bowlby investigador que possibilitou a formação de uma consciência coletiva que permitisse uma melhor compreensão da vinculação. O seu desenvolvimento científico foi marcado pela capacidade de integração de resultados de investigação, apoiada em diferentes áreas como a Psiquiatria, Psicanálise, Psicologia, Cibernética, Etologia e Teoria da Informação (Soares, 2009).

Segundo Cassidy e Shaver (1999), Bowlby através das suas ideias possibilitou compreender o desenvolvimento da ciência assim como permitiu que se olhasse e pensasse de outra forma sobre temáticas importantes.

Este autor revelou não acreditar que interações precoces que o bebé estabelece com a sua mãe sejam determinantes para um padrão de vinculação da criança eternamente (Bowlby, 1990). Fala-nos inicialmente de investigações na infância, para uma melhor compreensão das origens do desenvolvimento e a relevância da vinculação que vai ocorrer ao longo da vida do indivíduo (Bowlby, 1990).

A vinculação, segundo Bowlby, pode ser explicada como uma forma de comportamento que resulta quando o bebé atinge ou mantém a proximidade com a mãe (ou com outra figura de substituição), quando esta é vista como mais forte e mais sábia incluindo comportamentos como, chorar, agarrar, chamar, sorrir, cumprimentar, que são desenvolvidos durante o segundo trimestre da sua vida, tornando-se evidente que a partir dos seis meses o bebé mostra através dos seus comportamentos que se identifica com outras figuras conhecidas para além da mãe, começando a explorar mais o ambiente que o envolve (Bowlby, 1988).

Porém, quando se encontra a sós com estranhos torna-se mais angustiado, começando a contestar a ausência da mãe de forma a recuperar o contato com ela. Esta resposta vai ocorrer durante o segundo e terceiro anos de vida, começando a diminuir lentamente (Bowlby, 1988).

Ainsworth (1969) refere que, a relação de vinculação vai desenvolver-se ao longo do tempo, sendo construída progressivamente. Relação de vinculação que se difere das outras relações sociais, definindo-se por quatro características particulares: a procura de proximidade, o conceito de base segura, a noção de comportamento de refúgio e as reações marcadas perante a separação (Ainsworth, 1969).

Para Ainsworth (1969) quando é formado o laço, quer com a mãe quer com outra pessoa, este tende a durar. Refere também que a vinculação não é um termo aplicável a uma relação transitória ou meramente de dependência situacional, mas a dependência das relações seria de acordo com as exigências da situação, tornando a vinculação duradoura apesar do impacto de condições adversas.

1.3. Conceitos específicos da vinculação

1.3.1. Comportamentos de vinculação

O comportamento de vinculação é definido, por Bowlby, como qualquer forma de comportamento que tem como objetivo estabelecer ou manter a proximidade, da criança com a sua figura de vinculação, em situações que causam ansiedade e/ou sentimento de insegurança (Bowlby, 1988).

Segundo Ainsworth e Bowlby (1991), os comportamentos de vinculação desempenham um papel importante na sobrevivência do indivíduo e na sua capacidade de adaptação e exploração do meio. A exploração segura desse meio é regulada pela proximidade com a figura de vinculação. Perante um estímulo percebido como ameaçador pela criança observa-se a atividade do sistema de vinculação. O adulto ao revelar-se disponível é capaz de responder regularmente a esses sinais, proporciona um sentimento de segurança através da prestação de cuidados, constituindo-se para a criança uma figura de vinculação (Bretherton, 1992).

Neste contexto, o conceito de Comportamento de Vinculação é exposto por Cassidy, como um comportamento que promove a proximidade à figura de vinculação (Ribeiro & Sousa, 2002). Que por sua vez, é definido por Bowlby (1988), como qualquer forma de comportamento que uma pessoa tem em atingir ou manter a proximidade às pessoas que claramente os identifica como quem tem a melhor capacidade de lidar com a “palavra”. Sroufe e Waters (1977) realçam também que, são designados como um comportamento de vinculação porque são utilizados pela criança no sentido de proximidade, contato físico ou psicológico. Estes devem-se, devido ao seu papel no desenvolvimento dos serviços e da ligação/vinculação e devido à sua organização em relação ao outro. O conteúdo de uma relação de vinculação, está assim centrado na regulação de segurança, sendo o resultado do comportamento de

vinculação, a obtenção ou manutenção da proximidade com a figura de vinculação e a sua função, proporcionando proteção, segurança e conforto à criança (Soares, 2009).

Estes comportamentos de vinculação podem ser reforçados ou ativados por diversos fatores percebidos pela criança, como ameaçadores e que podem ser referentes à própria criança (e.g., em situação de fome ou de doença), ao meio envolvente (e.g., situação de presença de um estranho) e à figura de vinculação (e.g., ausência ou negligência nos cuidados) (Soares, 2009). No entanto, esta ativação e consequente procura de proximidade com a figura de vinculação não acontecem automaticamente, dependendo de uma série de fatores, principalmente da avaliação subjetiva que a própria criança faz da situação, da sua familiaridade com a mesma, do seu nível de desenvolvimento, de experiências passadas, entre outros (Sroufe & Waters, 1977).

A desativação de um comportamento de vinculação encontra-se associada aos comportamentos disponíveis e responsivos da figura de vinculação, capazes de proporcionar segurança à criança, reduzindo o medo ou a ansiedade provocada pela experiência de tensão, desconforto ou mal-estar (Soares, 2009). Numa determinada situação, quando é percebida como ameaçadora, e se a ativação for intensa, provavelmente os comportamentos de contato físico serão mais securizante para a criança, fazendo desativar o sistema de vinculação (Soares, 2009). Com o desenvolvimento sócio-afetivo e cognitivo, a partir da adolescência, verifica-se uma mudança na forma como o indivíduo organiza e interpreta a informação e interage com o outro no âmbito de uma relação de vinculação. O desenvolvimento da capacidade simbólica permite uma mudança para níveis mais intensos de funcionamento, que se manifesta por exemplo numa maior capacidade de tolerar períodos de separação, perda ou ameaça, e num maior controlo da expressão emocional e comportamental. Deste modo, as condições de ativação e desativação do sistema de vinculação alteram-se ao longo do desenvolvimento, adaptando-se às exigências e características de cada faixa etária (Soares, 2009).

Todavia, Bowlby (1988) expressa que o desenvolvimento do comportamento de vinculação decorre ao longo de quatro fases, sendo que as três primeiras ocorrem no primeiro ano de vida e descrevem-se, numa ordem sequencial, pelos subseqüentes aspetos: orientação e sinais sem discriminação de figuras; orientação e sinais

direcionados a uma ou mais figuras discriminadas; manutenção da proximidade em direção a uma figura discriminativa entre a locomoção e sinais. Por conseguinte, a última fase é denominada por relações recíprocas direcionadas para objetivos e iniciam-se por volta do terceiro ano de vida.

Estas quatro fases são influenciadas pelas mudanças que sucedem ao nível das competências emocionais, cognitivas, motoras e sociais, isto é, o comportamento de vinculação vai expondo diferentes manifestações, de acordo com as aquisições desenvolvimentais da criança, que tanto ocorre ao nível da proximidade, como ao nível da representação internas das relações de vinculação (Bowlby, 1988).

O mesmo autor considera que o desenvolvimento do comportamento de vinculação termina com a quarta fase, porém os autores Waters, Kondo-Ikemura, Richters e Posada apresentam um modelo de desenvolvimento do comportamento de vinculação com oito fases, algumas das quais, comuns às enunciadas pelo anterior autor citado (Dias, Soares & Freire, 2004).

Bowlby refere que nem todas as crianças desenvolvem comportamentos de vinculação para com a mãe (ou para quem cuida delas), pois isso depende da forma como são tratadas. Como refere o autor, não é a presença de uma figura maternal ou a intensidade com que é vivida, que faz o fenómeno de vinculação, mas a sua qualidade. Esta qualidade é influenciada não só pelos comportamentos e respostas da criança, como também pela disponibilidade da mãe. Contudo, por mais favorável ou qualidade que tenha uma relação entre mãe-bebé, esta relação por si só, não é isenta de alguns riscos para a criança. Melanie Klein enumera em particular dois riscos: essa relação pode acarretar um estado de dependência excessiva em relação à mãe e consequentemente falta de autonomia; e a impossibilidade da criança ficar sozinha, pode apresentar-se como marca de um interesse genuíno pelas pessoas, com receio de ser abandonada ou rejeitada (Oliveira, 2000).

Em síntese, Bowlby (1988) considera o comportamento de vinculação como uma componente essencial do sistema comportamental humano, a par, por exemplo, do comportamento sexual e do comportamento alimentar, tendo como função biológica a proteção, não só na infância, como ao longo do ciclo da vida. A vinculação manifesta-se pelo sentimento de segurança que a figura de vinculação deverá proporcionar; pela procura de proximidade com essa figura, em particular em situações de ameaça ou

perigo, e pelas reações de protesto face à separação da figura de vinculação e de alegria perante situações de reaproximação.

1.3.2. Figura de vinculação e a relação da vinculação

A noção de figura de vinculação também tem sido definida ao longo do tempo. No entanto, tem vindo a ultrapassar-se a ideia inicial de Bowlby, de que é apenas a figura materna. Segundo Guedeney & Guedeney (2004), uma figura de vinculação é uma figura em direção à qual a criança irá dirigir o seu comportamento de vinculação.

Este desenvolvimento em relação à figura de vinculação tem vindo a alargar a ideia de existirem mais figuras de vinculação. Salvaterra (2011) defende que a criança, quase desde o início da vida, tem mais do que uma figura à qual dirige o seu comportamento de vinculação. Bowlby veio explicar a ideia de existir uma figura principal de vinculação e uma figura que pode em certas ocasiões ser uma figura subsidiária de vinculação. Recorrendo a esta última, quando se encontra confiante e sabe que a figura principal de vinculação está ao alcance dela. Guedeney e Guedeney (2004) reforçam esta ideia referindo o conceito do autor Holmes, de que a criança tem uma tendência inata para a vinculação, especialmente a uma figura, o que significa que num grupo estável de adultos, uma das figuras tornar-se-á a figura privilegiada.

A relação de vinculação é desenvolvida ao longo do tempo, sendo construída progressivamente. Esta relação de vinculação é diferente das outras relações sociais, pois é definida por quatro características específicas, desenvolvidas por Ainsworth (1969), sendo estas: a procura da proximidade, a noção de base segura, a noção de comportamento de vinculação e as reações marcadas perante a separação.

1.3.3. Sistema de vinculação

A teoria de Bowlby vai ainda mais longe ao defender a existência de um sistema comportamental de vinculação que, no decurso da infância, vai integrando e controlando os diversos tipos de comportamentos de vinculação em função de determinados sinais internos ou externos (presentes na criança, no ambiente ou na figura de vinculação), fazendo-os convergir numa meta geral comum: a aproximação/contato à figura de vinculação e o sentimento de segurança/proteção (Sroufe & Waters, 1977). A criança vai tendo, portanto, à sua disposição uma variedade de comportamentos mais

diferenciados e sofisticados que são integrados em sistemas internos mais complexos. Tal promove uma maior flexibilidade e eficácia à sua capacidade de (re)ajustar as suas respostas de acordo com os seus objetivos e planos (Sroufe & Waters, 1977).

Salvaterra (2011) define sistema de vinculação como um conjunto de comportamentos de vinculação, que a criança usa num determinado contexto para atingir uma mesma meta, manter a proximidade com a mãe.

Ainsworth descreve a noção de esquema de vinculação como constituinte de um modelo operacional do meio e do organismo construído e elaborado pela criança (Guedeney & Guedeney, 2004).

O sistema de vinculação é um sistema comportamental semelhante e independente de outros sistemas comportamentais como a alimentação, a satisfação das necessidades fisiológicas e a exploração do ambiente. Para que seja ativado e desativado este sistema, deve ser desenvolvido desde as primeiras experiências com as figuras centrais da sua vida (figuras de vinculação), sendo que estas experiências, consideradas histórico-relacionais, vão favorecer a criança de “modelos dinâmicos internos” e irão orientar a criança nos seus laços afetivos (Abreu, 2005).

Pelo exposto, partindo da organização do seu comportamento de vinculação e da utilização da figura de vinculação como refúgio seguro (na presença de níveis aumentados de stress) ou como suporte à exploração (na ausência do sentimento de ameaça), (Kerns et al., 2005), a criança exhibe um processo equilibrado entre a (des)ativação do sistema de vinculação e a (des)ativação do sistema exploratório (Sroufe & Waters, 1977). Com efeito, a proximidade e o contato com a figura de vinculação são geralmente suficientes para minimizar a ativação do sistema de vinculação. A criança sente-se segura, diminui claramente a intensidade do sistema de alerta ou de medo e ocorre a ativação do sistema de exploração e de interação social (Sroufe & Waters, 1977). A figura de vinculação constitui-se assim como a base segura a partir da qual a criança volta para a exploração do mundo (Ainsworth, 1969). Porém, caso suceda uma reativação do sistema de vinculação, porque a criança se sente alarmada, com medo ou ansiosa, o restabelecimento do contato com a figura de vinculação assume especial proeminência.

Bowlby (1988) distingue a especificidade do sistema comportamental de vinculação em relação a outros sistemas, nomeadamente os que regulam o

comportamento exploratório, parental e social, argumentando que: a) a sua ativação varia independentemente dos outros; b) difere na classe de objetos a que se dirige; c) os períodos sensíveis³ do seu desenvolvimento processam-se em faixas etárias diferentes. Todavia, dado que estes sistemas tendem a ser servidos pelos mesmos comportamentos, o comportamento de vinculação pode, por vezes, ser dificilmente dissociado destes (Sroufe & Waters, 1977). Ainsworth (1969) faz então ressaltar a primazia do contexto ambiental em que se inserem as manifestações comportamentais, a fim de que a sua interpretação e compreensão sejam efetivas.

1.3.4. Padrões de vinculação

Ainsworth (1969) com a sua dedicação à vinculação veio acrescentar à teoria da vinculação, dados imprescindíveis à sua compreensão.

Num desses trabalhos, em particular utilizando o método da Situação Estranha, Ainsworth observou a díade entre mãe e bebé, e as reações da criança quando a mãe está presente e após a sua saída. Este método permitiu-lhe perceber qual o equilíbrio entre o comportamento exploratório e a necessidade de segurança obtida junto da mãe (Salvaterra, 2011).

O procedimento Situação Estranha consistia numa série de três minutos (com duração total de 20 minutos), nos quais a criança era observada numa sala que lhe era estranha e era acompanhada pela presença de um adulto desconhecido. O procedimento iniciava-se com a companhia da mãe, seguido da sua saída do ambiente e, de uma volta posterior. Desta forma, Ainsworth, conseguia medir a tensão acumulada da criança na ausência da mãe e, assim, estudar as diferenças individuais que as caracterizavam em função do uso que faziam das suas cuidadoras no que se refere à capacidade de experimentar conforto ou desconforto na exploração do ambiente desconhecido (Bretherton, 1992).

Em 1978, Ainsworth utilizou três tipos de avaliação: a) frequência de comportamentos específicos em cada um dos episódios; b) comportamento do bebé com a figura de vinculação através de quatro escalas de comportamentos interativos: procura de contato e estabelecimento de proximidade, manutenção do contato, resistência, evitamento; c) classificação dos bebés de acordo com padrões de comportamento (Soares, 2009).

Através destes tipos de avaliação, Ainsworth classificou três padrões de vinculação: Seguro (tipo B), Inseguro/Evitante (tipo A) e Inseguro/Resistente ou Ambivalente (tipo c) (Salvaterra, 2011).

A criança classificada como Segura (B) tem a mãe como uma base de segurança para explorar o ambiente (separando-se para brincar, partilhando emoções enquanto brinca, estabelecendo relação com o estranho na presença da mãe; confortando-se rapidamente após a situação indutora de stress), (Abreu, 2005). Nos episódios de separação sente falta da mãe, especialmente no episódio e na reunião com a mãe, cumprimenta-a efusivamente, sorri, vocaliza, ou faz gestos; se ficou contrariada vai procurar um contato físico com a mãe, o que vai ajudá-la a aliviar a angústia. Assim que se sentir reconfortada, volta à atividade de exploração (Ainsworth et al., 1978).

Abreu (2005) refere, ainda, que estas crianças tratam os pais de forma amigável e relaxada, estabelecendo intimidade de forma espontânea e a sua interação verbal tende invariavelmente a ser livre e tranquila.

A criança classificada como Insegura/Evitante (A) é caracterizada, como o nome indica, por comportamentos de evitamento face à figura de vinculação, sobretudo nos episódios de reunião em que a ignora ou se afasta. Além disso, a criança não revela tendência nem para resistir ativamente ao contato físico, nem para protestar com a ausência dessa figura. Por seu lado, o estranho é tratado pela criança de modo semelhante à figura de vinculação, podendo haver até menor evitamento (Soares, 2009).

Neste padrão, Ainsworth refere que não há uma comunicação clara entre a mãe e o bebé. Durante o primeiro ano de vida, a mãe mostra-se insensível aos comportamentos de vinculação da criança (Soares, 2009). Estas mães rejeitam com frequência o contato físico, abraçar e acarinhar são gestos raros (Ainsworth et al., 1978)

O impedimento e resistência aos comportamentos de vinculação vão despertar na criança sentimentos de raiva e frustração (Soares, 2009).

No último padrão, Inseguro/Resistente ou Ambivalente (C), Ainsworth, enquadra as crianças que não exploram o novo ambiente e têm tendência a agarrar-se à mãe. A separação é vivida de uma forma muito angustiada. Quando há reencontro com a mãe os seus comportamentos são ambivalentes, apesar de procurar ficar junto de si, revela alguma resistência ao contato físico e ao seu conforto. Na interação com estranhos age com cautela (Salvaterra, 2011).

É de salientar, que estas crianças são híper vigilantes face à figura de vinculação, são difíceis de acalmar. Os cuidados maternos foram muito inconscientes e imprevisíveis. São mães menos responsivas e menos sensíveis aos sinais do seu bebé. Estas crianças têm dificuldade em confiar dada a imprevisibilidade de respostas da mãe (Soares, 2009).

Estes padrões de vinculação são reflexo da segurança sentida na sua primeira relação, os quais vão posteriormente influenciar as suas futuras relações interpessoais e afetivas, através dos modelos internos que se constroem (Salvaterra, 2011).

Main e Solomon (1990), na década de 80, fizeram uma revisão dos padrões encontrados por Ainsworth, sugerindo a existência de um novo padrão – Desorganizado/Desorientado (tipo D). As crianças que se encontram classificadas com este padrão, apresentam comportamentos casuais, sem aparente objetivo, sem orientação e contraditórios. São crianças inseguras face ao apoio da mãe quando se encontram com a mesma, ora reagem com frieza ou confusão. De acordo com os mesmos autores, parece não existir uma estratégia ou comportamentos orientados para estabelecer uma relação de vinculação.

Salvaterra (2011) refere que a Situação Estranha só permite a avaliação das crianças, sensivelmente entre os 12 e os 24 meses, pois, após esta idade a criança está muito mais acostumada a separações da mãe e ao encontro com estranhos, ficando por isso menos angustiada. A autora refere, também, que existem crianças que pela ausência de cuidados maternos e paternos, numa fase inicial da sua vida, não estabelecem relações de vinculação. São crianças que não receberam cuidados ao nível da higiene, afeto e alimentação.

Segundo Bowlby (1988), quando uma criança não está segura na sua relação de vinculação, apresenta uma elevada ansiedade face à perda ou comportamentos de evitamento com receio de ser rejeitado.

1.3.5. Modelos Dinâmicos Internos

Bowlby, ao longo da construção da sua teoria, baseou-se em contributos teóricos e empíricos, de ciências como a biologia, a etologia ou a teoria dos sistemas. Com o conceito de modelos dinâmicos internos é a influência da psicologia cognitiva que se faz sentir. Este autor considera que o funcionamento do sistema comportamental de

vinculação implica a existência de uma representação mental do meio em que o sujeito vive, uma espécie de mapa cognitivo, a partir do qual o sujeito pode perceber e interpretar os acontecimentos, antecipar o futuro e elaborar planos (Soares, 2009).

O conceito de modelos dinâmicos internos de Bowlby (1988) aplica-se ao mundo físico e interpessoal. Desenvolvem-se na relação da criança com a sua figura de vinculação, a partir de experiências repetidas dos cuidados prestados por essa mesma figura (Ainsworth et. al., 1978).

É ao longo do primeiro ano de vida que a criança vai desenvolver conhecimentos e expectativas, acerca de si e da figura de vinculação, a partir de acontecimentos nas rotinas diárias. Os modelos dinâmicos internos vão desenvolver-se com base nas imagens que a criança constrói de si própria e dos outros a partir das experiências de vinculação. A partir do primeiro ano de vida, estes modelos vão-se tornando mais complexos, devido à existência de mais informação a que a criança tem de atentar, o que lhe permite reinterpretar o passado e fazer planos (Bowlby, 1988).

Estes modelos dinâmicos internos vão ser fundamentais para a criança compreender o mundo, planear a sua ação no contexto das relações com os outros e na imagem de si próprio. Constituem-se como uma espécie de filtros interpretativos, a partir dos quais se constroem as relações, se interpretam as experiências sociais e o sujeito se compreende a si próprio. Da mesma forma, orientam comportamentos, condicionando a ação da pessoa a dar respostas concordantes com o seu modelo interno (Cassidy & Shaver, 1999).

Na perspetiva de Bretherton e Thompson existem dois tipos de modelo dinâmico interno, o seguro e o inseguro. O modelo dinâmico interno seguro será caracterizado pela expectativa positiva, em relação à competência pessoal para lidar com os problemas e desafios da vida, e por uma visão do mundo não ameaçador. Indivíduos com um modelo dinâmico interno seguro procuram relações gratificantes e tendem a pedir apoio de uma forma aberta e positiva em momentos difíceis quando necessitam e conseguem retribuir o apoio. Por sua vez, o modelo dinâmico interno inseguro corresponderá a uma expectativa do mundo como um lugar pouco seguro e imprevisível, no qual a sobrevivência reside no afastamento das dificuldades ou na luta contra elas. As relações com os outros são marcadas por expectativas negativas, desconfiança, incerteza e, por vezes, hostilidade, o que conduz à antecipação de fraca responsividade às suas

necessidades, criando uma elevada exigência da resposta do outro ou, pelo contrário, uma rejeição do apoio fornecido (cit in Bretherton, 2005; Cassidy & Shaver, 1999).

1.4. O desenvolvimento da vinculação

1.4.1. Fases do desenvolvimento da vinculação

A vinculação desenvolve-se ao longo de quatro fases, onde se pode observar um aumento ao nível da complexidade das respostas à interação entre o bebé e o prestador de cuidados (Soares, 2009).

Segundo Soares (2009), a primeira fase corresponde à orientação e aos sinais com uma discriminação limitada das figuras (0 - 2 meses). Nestas primeiras semanas, os bebés iniciam interações sociais, embora seja sem intenção voluntária. O bebé responde aos estímulos de modo a aumentar a probabilidade do contato com os outros seres humanos despertando o interesse e a prestação de cuidados, com a proximidade, o contato físico, a nutrição e o afeto. O bebé, durante esta fase, comporta-se de forma diferente com as pessoas e objetos, mas ainda se encontra limitada a sua capacidade de discriminação. O bebé gosta da interação e reage à face e à voz humana, exibindo um comportamento pró-social (Salvaterra, 2011).

A segunda fase diz respeito à orientação e aos sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas (3-6 meses). A característica base desta fase, segundo Soares (2009), é a tendência do bebé se orientar preferencialmente para certo tipo de estímulos e para se aproximar do que é familiar. Desta forma, a criança pode iniciar uma atividade e participar nas interações organizadas pelo prestador de cuidados, mas não pode ainda desempenhar ou manter essa organização independente. Com este aumento de interações o prestador de cuidados vai aumentar as interações com o bebé (Soares, 2009).

A terceira fase incide na manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais (6 – 12 meses). Nesta fase, o bebé vai consolidar a vinculação com o prestador de cuidados. Vão existir mudanças significativas a nível motor, cognitivo e linguístico e, ainda, a nível da organização dos sistemas comportamentais. A interação feita, pelo bebé, é mais discriminada e aumentam ainda mais as suas respostas à interação. É de salientar, que nesta fase a

marcha autónoma vai permitir ao bebé aproximar-se da sua figura materna (Soares, 2009).

Por fim, temos a fase 4 que é caracterizada pela formação de uma relação recíproca corrigida por objetivos. Corresponde à emergência da capacidade de tomar o ponto de vista do outro e a um maior sofisticação nos sistemas comportamentais corrigidos por objetivos. Nesta fase, a criança alcança uma maior capacidade para aceitar a separação mais prolongada das figuras de vinculação (Soares, 2009).

Bowlby (1990) sugeriu que a fase do comportamento corrigido para a meta seria a última fase do desenvolvimento da vinculação, mas o sistema comportamental de vinculação mantém-se ao longo do ciclo de vida.

1.4.2. O desenvolvimento da vinculação na infância e adolescência

Segundo Bowlby (1990), o sistema comportamental de vinculação mantém-se importante através do ciclo da vida e continua a passar por mudanças significativas. Ou seja, há mudanças nas relações entre a vinculação e os outros sistemas comportamentais, nas condições que os ativam e terminam nos MDI, bem como mudanças no que respeita às figuras de vinculação.

Uma das alterações significativas é a dificuldade, cada vez maior, em avaliar o comportamento de vinculação, à medida que se torna mais abstrato e menos dependente da proximidade e contato com a figura de vinculação e, ainda, à medida que os sistemas comportamentais se complexificam (Soares, 2009).

Soares (2009) refere que a criança, durante a idade escolar, continua a ser vulnerável a uma série de perigos e continua a usar as suas figuras de vinculação como bases seguras, a partir das quais explora o meio. Contudo, com os seus MDI e competências comunicativas mais elaboradas, a criança/jovem é cada vez mais capaz de assumir a sua própria proteção, através da sua integração na estrutura social alargada, por períodos de tempo mais longos e, fisicamente, separados dos pais. A relação pais-criança continua próxima e as interações ao nível do sistema de vinculação e parental continuam organizadas numa relação de parceria de comportamentos corrigidos para a meta. O sistema comportamental de vinculação não é menos importante que na fase anterior, pois a criança de idade escolar ainda não pode tomar decisões completamente sozinha sobre as suas atividades, supervisão ou proteção. Desta forma, podemos dizer

que não só é importante para as crianças saberem onde estão os pais e terem um sentimento de segurança sobre a sua acessibilidade, como também os pais precisam saber onde a criança está e quem é o responsável pela sua proteção (Soares, 2009).

Bowlby propôs o conceito de “*availability*” da figura de vinculação, ao invés de proximidade física, como meta do sistema de vinculação, no caso das crianças mais velhas e adultos. Segundo o autor, este conceito significa a crença de que as vias de comunicação com a figura de vinculação estão abertas, que a acessibilidade física é possível e que a figura de vinculação responderá ao pedido de ajuda. Algumas investigações sugerem que este processo se inicia nos últimos anos da idade pré-escolar e continua pelo resto da infância e adolescência, permitindo à criança manter a vinculação com os pais, apesar de estar mais afastada deles (Soares, 2009).

A maioria das crianças, durante a idade escolar, desenvolve outras relações próximas com adultos e crianças (professores, irmãos mais velhos,...) que podem desempenhar um papel importante na vida da criança/adolescente (Soares, 2009). Algumas dessas relações são consideradas por Ainsworth (1969) como laços afetivos entre pares, ou seja, são relações protetoras e de ajuda, mas não são consideradas vínculos.

A relação de vinculação entre a criança e os pais, continua ao longo da adolescência na medida em que estes continuam a usar os pais como base-segura para aumentarem a sua autonomia. Os comportamentos de vinculação são especialmente notórios quando os adolescentes se encontram em situação de doença, medo ou stress, ou até mesmo, quando encontra a figura de vinculação após uma longa ausência (Bowlby, 1988).

1.5. Características na relação mãe – criança e relação pai – criança

A relação mãe-criança é considerada, por Canavarro (1999), uma relação que tem como componente principal a prestação de cuidados. Desta forma, a mãe é solicitada como fonte de segurança e conforto, sendo deste modo vista como a principal cuidadora do bebé e principal figura de vinculação.

Existem numerosos testemunhos científicos, nos dias de hoje, na literatura que mostram a existência de uma relação entre pai-criança, é de menor relevância comparada com a relação que esta tem com a mãe (Canavarro, 1999). Esta premissa de

menor relevância tem vindo a perder terreno, pois através da distribuição dos papéis profissionais os pais passam mais tempo com os filhos. Com isto, as figuras parentais masculinas tornam-se, também, fornecedoras de cuidados parentais (Canavarro, 1999).

Nas últimas décadas têm vindo a ocorrer grandes mudanças económicas, sociodemográficas e culturais que conduziram a uma transformação da família e, também, das expectativas acerca dos papéis a desempenhar pelas figuras parentais. É de salientar, a mudança na imagem do papel da mulher, com obrigações profissionais, mas também uma transformação do papel do homem com uma tónica de pai afetuoso e ativamente envolvido (Monteiro et al., 2008).

Monteiro et al., (2008) realizaram um estudo que verificou que os pais são igualmente capazes, como as mães, de cuidar dos filhos e, quanto maior for a experiência dos pais mais à vontade estes se tornam no seu papel. Revelando, ainda, uma influência positiva no desenvolvimento sócio-emocional da criança.

Outro estudo, constituído por 11 estudos, que foram examinados por meta-análise, a concordância da vinculação entre mãe e pai para com a criança, revelou que a qualidade de vinculação (segura ou insegura) de uma das figuras parentais depende da mesma qualidade de vinculação da outra figura parental, existindo assim, uma elevada probabilidade de a criança vir a construir o seu tipo de vinculação igual aos das figuras parentais e enfatizando uma importância equivalente entre os progenitores (Veríssimo et al., 2011).

1.6. Trajetórias atípicas de vinculação

Bowlby (1988) desde cedo denunciou o facto de que a incidência de disrupção nos vínculos afetivos estabelecidos durante a infância era significativamente elevada em numerosos grupos de pacientes psiquiátricos. Os seus primeiros trabalhos reportam uma associação entre comportamentos inadaptados em jovens e a ausência precoce das figuras parentais. Desta forma, a teoria da vinculação desde sempre se esforçou por atender a um paradigma compreensivo e explicativo do comportamento disruptivo, traumático e desviante (Atkinson, 1997). Complementarmente, a proliferação da investigação sobre as implicações da qualidade da vinculação no desenvolvimento das múltiplas trajetórias de vida alargou o interesse de investigadores e clínicos sobre as contribuições da vinculação no desenvolvimento da psicopatologia (Soares, 2009).

1.6.1. Vinculação e psicopatologia do desenvolvimento

A psicopatologia do desenvolvimento consiste num macroparadigma que contempla a (des)continuidade dos processos (in)adaptativos e a sua evolução ao longo do ciclo da vida, tendo em vista a necessidade de integração do comportamento normativo e atípico (Soares, 2009). O seu foco recai sobre o estudo dos mecanismos pelos quais uma perturbação da relação de vinculação tende a potenciar, no decurso do tempo, o desenvolvimento de psicopatologia do indivíduo (Soares, 2009). A disciplina da Psicopatologia do Desenvolvimento centra-se na análise: a) dos percursos e da origem de determinada perturbação; b) do seu percurso e manifestações ao longo do desenvolvimento; c) das sequelas e sua relação com os padrões de comportamento adaptados, tendo em linha de conta que uma multiplicidade de trajetórias podem predizer resultados idênticos (princípio da equifinalidade) e que uma mesma trajetória, dependente das experiências subsequentes, poderá conduzir a diversos percursos de (in)adaptação (princípio da multifinalidade) (Soares, 2009). Deste modo, a Psicopatologia do Desenvolvimento revoga a hipótese de uma etiopatogenia isolada e realça, assim, a combinação variada entre fatores de risco e fatores protetores longitudinalmente presentes (Soares, 2009).

É no cerne desta temática que prosperam as investigações sobre os fatores de risco (vulnerabilidade) e sobre os fatores protetores (resiliência). O conceito de risco remete para um nível micro (e.g. indivíduo, família) e macro (e.g. grupo de pares, comunidade envolvente) e reflete a noção de quem o experiencia tem maior probabilidade de desenvolver patologia. Diferentes estudos avaliam uma associação entre acontecimentos de vida negativos e inadaptação psicossocial, sendo claro que o efeito sinérgico decorrente da presença de vários fatores adversos amplia igualmente a viabilidade da perturbação psicológica (Sameroff & Fiese, 2000). Contudo, Greenberg (1999) enfatiza que estas inferências devem ser ajustadas à perturbação em causa e às etapas desenvolvimentais em que os fatores de risco se circunscrevem. Neste contexto, o fenómeno da resiliência, enquanto comportamento positivo e adaptativo que garante um funcionamento ótimo perante ameaças internas e/ou externas, impõe uma mudança de foco para os fatores protetores como variáveis moderadoras do impacto do risco (Yates et al., 2003). Visíveis em três categorias: a) características inerentes à criança (e.g. temperamento, *locus* de controlo externo, estratégias de *coping* flexíveis,

inteligência, responsabilidade social), b) características inerentes à família (e.g. coesão familiar, pais apoiantes, protetores e sensíveis) e c) características inerentes à comunidade (e.g. níveis de escolaridade elevados, disponibilidade de modelos pró-sociais, bom relacionamento com os professores), os fatores protetores inter-atuam no sentido da alteração ou da sofisticação das respostas que o indivíduo apresenta face aos múltiplos riscos que, à partida, conduzem à inadaptação (Yates et al., 2003).

Em suma, podemos dizer que a psicopatologia do desenvolvimento serve-se de um modelo inter-dinâmico entre a criança e o meio para interpretar o seu funcionamento presente e futuro (Yates et al., 2003).

Desde a edificação e consolidação da teoria da vinculação, que se tem vindo a estabelecer uma relação fortificada entre este quadro teórico e a psicopatologia do desenvolvimento. Bowlby ponderou, muito precocemente, a complexidade subjacente à associação entre vinculação aos pais na infância e comportamento disruptivo, referindo que esta não se resume a uma simples e direta relação casual (Soares, 2009). A investigação, por outro lado, tem demonstrado que quer a qualidade da relação aos pais, quer a natureza das relações sociais, assumem especial relevância no desenvolvimento da psicopatologia na criança. Isto é, os cuidados parentais não imperam como um fator exclusivo, mas antes como um entre vários vetores condicionantes das trajetórias desenvolvimentais (Greenberg, 1999).

À semelhança da psicopatologia do desenvolvimento, o modelo teórico da vinculação, fornece um quadro conceptual que compreende uma multiplicidade de percurso in(adaptativos) e a diversidade de bifurcações que surgem de cada um deles, no sentido da continuidade ou da mudança (Soares, 2009). O funcionamento anterior joga aqui um papel fundamental, na medida em que se constitui como um fator que comprime os desenvolvimentos posteriores. As experiências de vida, desde as relações afetivas e sociais precoces, constantes ao longo do tempo, vão sendo integradas e interagem nas demais situações do quotidiano, influenciando as estruturas cognitivas e afetivas da criança e a organização comportamental dos domínios intra e interpessoal (Soares, 2009).

1.6.2. Vinculação e psicopatologia para além da infância

As diferentes organizações de vinculação têm sido igualmente relacionadas com perturbações de internalização e de externalização na adolescência. Na sua generalidade, os resultados empíricos aferem que, neste período, as experiências precoces associadas à insegurança da vinculação intervêm no desenvolvimento, no curso e na manutenção da psicopatologia, concretamente a manifestação de sintomas clínicos internalizadores e externalizadores (Soares, 2009). Carvalho (2007) efetuou um estudo onde comparou um grupo clínico de pré-adolescentes (perturbações de internalização e de externalização) e um grupo não clínico de pré-adolescentes (sem perturbação). Este estudo levou o autor a concluir que grande parte dos pré-adolescentes classificados como inseguros (quer de tipo evitante, quer ambivalente) apresenta perturbações clínicas (níveis elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva, assim como maior proeminência de pensamentos automáticos negativos). As figuras parentais destes jovens evidenciam também mais medos sociais na infância. Em contraponto, a maioria dos pré-adolescentes qualificados como seguros não revela perturbação clínica (Soares, 2009).

Na infância, o padrão de vinculação inseguro tem também sido compreendido enquanto preditor significativo de sintomatologia depressiva (Duggal et al., 2001) e antissocial (Aguilar et al., 2000) nesta etapa desenvolvimental.

No mesmo sentido, existem várias pesquisas efetuadas com adultos que revelam uma maior incidência da tipologia insegura junto da população clínica, embora não tenha sido encontrado grande suporte para a correspondência entre um determinado tipo de vinculação insegura (desligada ou emaranhada-preocupada) e um tipo específico de funcionamento psicopatológico. Desta forma, é de salientar que as amostras de sujeitos com diferentes perturbações, incluindo ansiedade, depressão, toxicodependência, perturbações do comportamento alimentar, perturbações de personalidade e perturbações psicóticas sugerem uma associação entre a insegurança da vinculação e estas formas de psicopatologia (Soares, 2009). Inclusive, alguns destes estudos atestam uma incidência elevada do estatuto não resolvido/desorganizado em alguns destas populações (Dozier, Stovall & Albus, 1999). Main e Solomon (1986) acrescentam que a desorganização da vinculação em jovens e adultos subentende a exteriorização de narrativas sobre experiências de vinculação traumáticas ou adversas (perda ou abuso)

que subentendem lapsos ao nível do discurso e pensamento organizados, bem como acções comportamentais reveladoras de perturbação.

1.6.3. Vinculação: vulnerabilidade ou resiliência

A investigação longitudinal tem realçado o papel da vinculação nas trajetórias de (in)adaptação, nomeadamente as suas implicações na qualidade do desenvolvimento ao longo do tempo (Grossmann et al., 2005). Tal como analisado anteriormente, as experiências de vinculação precoces, representadas sob a forma de modelos internos dinâmicos, influenciam o desenvolvimento sócio-emocional, as interpretações que o indivíduo faz do mundo, o modo como lida com os problemas interpessoais e as estratégias comportamentais que distinguem o seu funcionamento (Bowlby, 1988). Nesta sequência, diversos estudos têm demonstrado que a insegurança da vinculação, apesar de não constituir uma medida de psicopatologia, afeta o desenvolvimento posterior. Desta forma, e em oposição à segurança da vinculação que parece operar como um fator protetor, a persistência de uma organização de vinculação insegura pode constituir-se como um fator de risco, ainda que seja pouco específico para diferentes perturbações e/ou dificuldades tardias (Greenberg, 1999). Adicionalmente, é sabido que da interação entre a insegurança da vinculação e elementos familiares adversos resultam problemas comportamentais posteriores (Sroufe et al., 2005).

Schore (2001) sugere que o estabelecimento de uma relação de vinculação estimula o desenvolvimento precoce do hemisfério cerebral direito que, ao celebrar ligações com os sistemas autónomo e límbico (estruturas essenciais à resposta ao *stress*), facilita o desenvolvimento de estilos de *coping* flexíveis e adaptados. Este autor argumenta, subsequentemente, que o funcionamento eficiente do hemisfério cerebral direito constitui um fator protetor de resiliência ao ótimo desenvolvimento durante o ciclo vital.

Outras pesquisas (Greenberg, 1999), centradas na associação entre psicopatologia e vinculação, visam relacionar a insegurança da vinculação na infância e o estabelecimento de problemas comportamentais ou outras perturbações. Greenberg (1999), refere estudos que associavam o grupo classificado como inseguro-evitante ao desenvolvimento de problemas de externalização e o grupo inseguro-ambivalente ao desenvolvimento de problemas de internalização. No entanto, estas hipóteses foram

suplantadas, visto que as crianças evitantes são as que, *a priori*, mais facilmente inibem os seus sentimentos (internalização), enquanto as crianças ambivalentes, parecem exacerbar os seus estados emocionais (externalização).

Numa outra linha, Sroufe et al. (2005) advoga que ambas as categorias inseguras podem ser suscetíveis ao desenvolvimento de problemas de externalização, registando-se apenas diferenças no modo como atribuem significado aos comportamentos manifestos. Os comportamentos agressivos da criança inseguro-evitante, em lugar de se dirigirem para o progenitor, são canalizados para outros que não este e tendem a manifestar raiva como meio de evasão ao controlo dos outros. Em contrapartida, a criança inseguro-ambivalente, sujeita a uma hiper-estimulação permanente, revela um comportamento notavelmente marcado pela impulsividade e pela diretividade no confronto físico.

Greenberg (1999) salienta, contudo, que estas inferências são inconsistentes e inconclusivas, sendo necessária a prossecução destas pesquisas, a fim de que sejam encontradas correlações mais estáveis entre a insegurança da vinculação e o desenvolvimento de problemáticas distintas. A isto acumula ainda o facto destes estudiosos não se debruçarem sobre a desorganização da vinculação, quando se sabe que esta é considerada um fator de risco elevado para o desenvolvimento da psicopatologia.

Não obstante a prevalência das experiências precoces, estas parecem estar relacionadas com outro tipo de fatores, como por exemplo, a psicopatologia parental e o temperamento (entre outros), os quais têm sido analisados enquanto mediadores da interdependência entre a vinculação e os problemas de internalização e externalização. Importa, então perceber quais os fatores que poderão mediar a correspondência entre vinculação e psicopatologia (Soares, 2009). Por isso, Greenberg (1999) propõe um modelo que preconiza a confluência de vários fatores de risco, com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca do desenvolvimento de um trajeto de inadaptção. Desta forma, como eventuais parâmetros mediadores, contempla: a) a qualidade das relações de vinculação na infância; b) as características da criança (e.g. temperamento, funcionamento neuro cognitivo); c) a qualidade da prestação dos cuidados (vinculação inseguro/evitante ambivalente ou desorganizada); d) a ecologia familiar (e.g. suporte social familiar, recursos instrumentais da família) e, no caso das idades pré-escolares e

escolares, e) o grupo de pares e a vizinhança. Todavia, no que respeita às interações entre estes diversos domínios, a fundamentação empírica permanece ainda escassa.

Capítulo 2 - Privação de Cuidados Parentais

2.1. A institucionalização

A institucionalização é, segundo Mota e Matos (2008), um momento gerador de sentimentos de perda e abandono, podendo a integração ser ainda mais dificultada pela desconfiança e pelo medo do desconhecido. À semelhança da Situação Estranha de Ainsworth, as circunstâncias provocam stress e ansiedade face à ausência da figura de vinculação, sem que, no entanto, esta regresse. Deste modo, a criança tem que, sozinha, ajustar-se e adaptar-se às novas circunstâncias, lidando com toda a angústia de separação e ausência dos seus progenitores.

2.1.1. O ambiente institucional: questões conceituais e contextuais

A abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento, presente no capítulo anterior, enfatiza as trocas ativas e constantes entre o sujeito em desenvolvimento e o meio em que este se desenrola (Yates et al., 2003). Neste sentido, numa primeira análise, facilmente se depreende que o sistema familiar se constitui como um vetor decisivo e crucial para o desenvolvimento da criança, na medida em que faculta consecutivas interações com as figuras parentais (e até outras figuras secundárias). A privação de cuidados parentais e a decorrente integração do indivíduo em meio institucional retira não só esta oportunidade à criança, assim como determina a sua integração num contexto que lhe é desconhecido, com pessoas que lhe são estranhas. A este propósito, Bowlby (1988) destaca, no entanto, que estes efeitos nocivos derivados da separação podem ser minimizados sempre que o novo meio de desenvolvimento da criança assegure duas condições indispensáveis: a presença de uma pessoa conhecida e/ou objetos familiares e a prestação de cuidados maternos de uma mãe substituta.

As condições que caracterizam o ambiente institucional distanciam-se das do meio familiar, quer no que respeita à sua organização e dinâmicas funcionais, quer nos papéis assumidos pelos diferentes participantes. Sloutsky (1997, cit in Tarullo & Gunnar, 2005) sublinha que a característica primordial do contexto institucional reside no facto de constar de um local de residência (de crianças e adolescentes) e de trabalho dos seus funcionários, que se regem segundo papéis sociais. Ao invés, a família consta de um sistema aberto no qual os seus elementos intervêm também noutros contextos. Colateralmente, o próprio sistema familiar contém em si diversos subsistemas (e.g. conjugal, parental, filial) que, ativados em função de contextos específicos, conduzem

ao exercício de papéis familiares diferenciados (e.g. papel de filho e irmão em simultâneo). Tudo isto leva a que a criança, inserida em meio familiar, assista a uma pluralidade de papéis familiares (Bronfenbrenner, 1996).

Goffman concetualiza o termo instituição como um lugar onde vários indivíduos vivem em conjunto num sistema que se afasta das interações com o mundo exterior, cujas atividades, modalidades e horários dos seus residentes são meticolosamente reguladas por uma única autoridade, responsável pela monitorização de todos os aspetos das suas vidas (Weinstein, 1982). Neste sentido, diferentes estudiosos denunciam o domínio de uma função assistencialista expressa em variáveis como: a) atendimento padronizado e pouco eficaz; b) elevado índice de criança por cuidador (número inadequado de funcionários); c) sobrecarga de tarefas (dificuldade no cumprimento das funções); d) práticas pouco responsivas; e) fraca estimulação sensorial, cognitiva e linguística; f) rotinas rígidas (e.g. todas as crianças comem e dormem ao mesmo tempo); g) fragilidade das redes de apoio social e afetivo (Siqueira & Dell’Aglia, 2006; Nelson et al., 2007); h) escassa supressão das necessidades afetivas e comunicacionais com outros internos e/ou funcionários; i) estigmatização social (carregada de valor pejorativo e depreciativo) e interações entre grupos de risco (“identidade institucional” que poderá evoluir para uma “identidade delinquente”) (Bronfenbrenner, 1996). Usualmente, são estas as características que aparecem quase sempre associadas aos prejuízos que a vivência institucional acarreta para o indivíduo, com um percurso de vida inicial já de si marcado pela adversidade (orfandade, mau-trato, negligência, abandono), (Bronfenbrenner, 1996).

Em consequência, Tolfree (1995) declara que a par da exposição a acontecimentos de vida negativos que inviabilizam o crescimento junto dos seus pais ou familiares (e.g. abandono, abuso, perda dos pais), estas crianças, privadas das vivências emocionais indispensáveis a um ajustamento psicossocial saudável, deparam-se ainda com uma incapacidade da instituição em lhes garantir uma conjuntura necessária ao seu ótimo desenvolvimento físico, social e psicológico. As falhas nas aprendizagens de aptidões e papéis fundamentais na idade adulta, a incerteza com que o seu futuro se depara e a falta do suporte familiar, fazem com que tendam a tornar-se adultos incapazes de responder às exigências socialmente impostas, encontrando muitas vezes refúgio noutras instituições.

Na sua maioria, as investigações sobre crianças acolhidas em instituições cumulam evidência empírica (in)direta acerca do impacto do ambiente social no processo de desenvolvimento humano. Desta forma, a medida institucional como “função terapêutica” parece tornar-se numa predição de insucesso (Alberto, 2002). Segundo Alberto (2002):

“esta intervenção, cuja intenção primária é proteger a criança, pode revestir-se de várias implicações que levarão ao paradoxo da institucionalização, isto é, se o objetivo do internato é proteger a criança, criar-lhe condições de desenvolvimento e de bem-estar, que não são asseguradas pelo contexto familiar, o resultado pode traduzir acréscimo dos danos nas crianças já de si sensibilizadas, fragilizadas e carenciadas” (p. 229).

No entanto, Grusec e Lytton verificam que muitas das afeções comportamentais das crianças acolhidas em meio institucional antecedem o momento da sua inclusão neste contexto. Salientam, então, que as experiências precoces funcionam como um fator de risco condicionante do desenvolvimento ulterior. Desta forma, centrados numa perspetiva desenvolvimental, propõem uma grelha conceptual assente na abordagem dos processos sobre os quais ocorrem as consequências desenvolvimentais nefastas. Advogam que os fatores responsáveis pelos efeitos dos cuidados em instituição devem ser entendidos à luz de um modelo multifatorial, capaz de compreender e integrar as seguintes dimensões: a) motivo da separação aos pais; b) qualidade da relação precoce às figuras parentais; c) possibilidade de desenvolver relações de vinculação após a separação parental; d) qualidade dos cuidados prestados na instituição; e) idade de entrada e tempo de permanência na instituição; f) género e temperamento da criança (Hastings, Utendale & Sullivan, 2007). Neste âmbito, Tolfree (1995) enfatiza a resiliência da criança ou do adolescente acolhido institucionalmente, postulando que a presença deste fator permite rebater e compensar as vulnerabilidades e fragilidades a que está sujeita, nomeadamente a privação emocional.

Assim sendo, a fundamentação empírica sobre os efeitos prejudiciais da institucionalização é contrariada pelas pesquisas que defendem o acolhimento infantil como uma resolução em situações familiares pautadas por níveis de disrupção e de adversidade extremas. O contexto institucional é, deste modo, percecionado como um ambiente a partir do qual os seus residentes cumprem uma variedade de atividades, funções e interações num ambiente com potencial desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto (Siqueira & Dell’ Aglio, 2006).

2.2. Impacto da Institucionalização

Os efeitos da institucionalização de crianças, por um período prolongado de tempo, têm sido tema de inúmeros estudos, quer pelos efeitos na socialização, quer pelos efeitos no estabelecimento de relações afetivas. Segundo Alberto (2002), alguns estudos questionam se a privação familiar e a institucionalização poderão estar na base do desenvolvimento de perturbações emocionais, comportamentais, do autoconceito, de valores ou de incapacidades de formar e manter laços afetivos duradouros. Todos eles chegaram à mesma conclusão: estas perturbações podem dever-se a inúmeros fatores, como a falta de estímulos ambientais e sociais, de oportunidade de brincadeiras, etc. Também se verificou que muitos dos problemas de comportamento nestes jovens já existiam antes do acolhimento.

O impacto do acolhimento é, segundo Bronfenbrenner (1996), maior quanto menor idade têm as crianças, especialmente se for na segunda metade do primeiro ano de vida. Deste modo, reconhece que as possíveis desvantagens da institucionalização diminuem com o aumento da idade da criança aquando da entrada na instituição. Já Grusec & Lytton (1988, cit in Hastings, Utendale & Sullivan, 2007) consideram que os efeitos variam de criança para criança, de acordo com diversos fatores: o motivo da separação, a qualidade da relação prévia com a principal figura cuidadora, a oportunidade para desenvolver relação de vinculação depois da separação, a qualidade dos cuidados prestados na instituição, a idade, o género e o temperamento da criança, bem como, a duração da separação.

Se, por um lado, a instituição pode garantir a proteção da criança e condições favoráveis ao seu bem-estar e desenvolvimento que não seriam asseguradas pela família, por outro lado, pode traduzir um acréscimo dos dados que as crianças já trazem consigo (Alberto, 2002).

2.3. O contributo da teoria da vinculação

Matos e Costa (1996) afirmam que acontecimentos não-normativos (separação dos pais na infância ou na adolescência) potencializam transições desenvolvimentais que exigem reorganizações pessoais e a adaptação a novas circunstâncias de vida. É nestas ocasiões de crise que o recurso aos modelos construídos na relação com as

figuras parentais se fará de forma tanto mais intensa quanto o acontecimento estiver ligado à perda real ou simbólica da figura de vinculação principal.

Deste modo, é de salientar que estes acontecimentos são tidos como situações de risco pois ameaçam o sistema pessoal do indivíduo, que se vê mais distante e com menor acesso à sua fonte de segurança (Matos & Costa, 1996).

A mudança do meio familiar para o meio institucional é uma situação de risco, nem sempre aceite pelos jovens, que é muitas vezes vista como uma prisão. Este processo é vivido com sentimentos de perda e rejeição do seio familiar que, por muito disfuncional que pudesse apresentar-se, traduzia no mundo interno dos jovens um sentido de pertença (Mota & Matos, 2008).

Bowlby (1988) refere que a natureza dos laços emocionais estabelecidos desde os primeiros meses de vida assume especial relevância ao longo do desenvolvimento psicológico da criança e do jovem. A proximidade e a capacidade de acolher, dar e cuidar da figura de vinculação evidencia-se na forma da criança tolerar os momentos mais difíceis, que podem ir desde a mera separação física pontual até a situações de perda de figuras significativas (Mota & Matos, 2008).

De acordo com Bowlby (1988), a separação prolongada da figura materna leva as crianças a experienciarem sentimentos de abandono e rejeição, que se refletem em perturbações do comportamento e dificuldades de relacionamento. Contudo, se as separações se prolongam no tempo, as crianças tendem a apresentar-se emocionalmente retraídas e isoladas, o que dificulta o estabelecimento de relacionamentos saudáveis com outras crianças e adultos, pois elas próprias mostram-se indiferentes, lentificadas, infelizes e incapazes de reação. Benavente, Justo e Veríssimo (2009), realizaram um estudo onde constatou-se que crianças vítimas de maus tratos e negligência apresentavam representações inseguras de vinculação – desativas, hiperativas e desorganizadas –, em idade pré-escolar.

Deste modo, compreende-se que crianças precocemente institucionalizadas, com uma trajetória de vida quase sempre marcada por interrupções de cuidados e alternância de figuras de referência, constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de padrões inseguros de vinculação, que surgem muitas vezes associados a problemas de comportamento (Pinhel, Torres & Maia, 2009).

Por comparação, através dos estudos de Ainsworth et al. (1978), sabe-se que crianças com padrões de vinculação seguro, apesar de reagirem emocionalmente face à separação, são capazes de comportamentos de exploração do mundo exterior, respondendo positivamente aos estímulos das figuras de vinculação aquando do seu reaparecimento. Logo, a possibilidade de exploração articula-se com a perceção de segurança interna da criança, sabendo que a ausência da mãe não implica rejeição ou abandono e que, face a estímulos ameaçadores, a figura cuidadora estará disposta a acarinhar e proteger (Bowlby, 1988). A presença de figuras capazes de satisfazerem as necessidades básicas da criança, potencia o desenvolvimento de mecanismo de regulação emocional e um sentimento de competência e segurança pessoal na criança (Bowlby, 1988).

A qualidade das relações precoces é, também, um potenciador da segurança na criança, que nos permite, segundo diversos estudos, prever o nível de satisfação com a vida, autoconfiança, autoestima e autonomia (Huntsinger & Luecken, 2004), bem como os níveis de depressão, ansiedade e alienação (Engels et al., 2001).

A criança, desde cedo, é exposta a outros contextos de interação: as amas, as avós, a creche, entre outros (Matos, 2002). Estes contatos com outros meios constituem novas oportunidades de reestruturação e organização interna. Nesta perspetiva, poder-se-á falar em capacidade de resiliência. Uma criança com uma base segura, apesar de não ser invulnerável aos eventos stressores que experienciará ao longo da sua vida, demonstrará maior facilidade de adaptação às adversidades (Matos & Costa, 1996). No entanto, nem sempre a criança é resiliente o suficiente para, apesar do passado, se reorganizar e partir de novo à exploração do mundo, nesses casos resistirá fortemente à mudança de ambiente (Bowlby, 1988).

No caso das crianças e jovens acolhidos que, como já foi dito, apresentam na maioria das vezes uma vinculação insegura – e, portanto, encontram-se em situação de risco –, a vulnerabilidade aumenta a probabilidade de um acontecimento negativo ou indesejável acontecer, tal como, aumentar a fragilidade da autoestima, insegurança, sentimentos de carência de suporte afetivo, entre outros (Mota & Matos, 2008).

Quando as crianças são acolhidas, a fase de rejeição do adulto estranho não dura para sempre. Mais tarde ou mais cedo, a criança acaba por procurar novas relações, desde que exista uma figura estável que consiga desempenhar o papel de cuidador

carinhoso e contentor com a qual a criança se sinta segura e protegida (Bowlby, 1988). Como este autor sugeriu, como forma de diminuir os efeitos da separação e institucionalização, a prestação de cuidados deveria aproximar-se muito aos cuidados que a criança deveria receber da sua figura materna. Contudo, Bowlby considerou, ainda, que os cuidados necessários ao saudável desenvolvimento da criança institucionalizada, ao estarem divididos por vários cuidadores, podem não permitir a construção de uma interação rica, privilegiada e empática com um só cuidador (Bowlby, 1988). Neste âmbito, Biscaia (2005) acredita que as instituições que atuam como «unidade de cuidados intensivos da relação» favorecem a implementação de uma futura vinculação e desenvolvimento relacionais, mas considera que nenhuma unidade de cuidados intensivos deverá ser um local de longa permanência, pois, por mais idónea que seja, a instituição nunca poderá substituir as funções de relação que a família desempenha. Já para não referir que o atendimento padronizado, o alto índice de criança por cuidador e a fragilidade das redes de apoio social e afetivo, são algumas das condicionantes de um suporte adequado (Alexandre & Vieira, 2004).

Capítulo 3 - Autoestima

3.1. Definição de Autoestima

A autoestima não é simples de ser definida, uma vez que existe uma interconexão com outros conceitos. No passado, o estudo da autoestima, foi dominado por uma perspetiva unidimensional, representada por um conceito geral, sendo definida como autoconceito ou autoestima. Mais tarde, verificou-se que os componentes específicos da autoestima eram bastante diferentes e havia um ganho em se analisarem em separado (Craven & Marsh, 2008).

Desta forma, a autoestima é definida por Rosenberg (1986) como sendo uma avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo, que é expressa no sentido positivo ou negativo, dependendo se o indivíduo aprova ou não o resultado. Um indivíduo com autoestima elevada sente que tem valor e inclui a dimensão dos sentimentos positivos que a pessoa tem sobre si mesma. A baixa autoestima surge de uma desvalorização da pessoa perante si mesma, através de uma autoavaliação negativa. A autoestima de um indivíduo é uma visão de si, incluindo a noção do seu valor e a autoaceitação (Rosenberg, 1986).

Marsh (1986) desenvolveu um estudo onde concluiu que as pessoas têm tendência a avaliarem-se negativamente em aspetos em que são menos competentes. Outros autores, como Campbell (1996) acrescentam à componente avaliativa da autoestima, a componente do conhecimento. Para si, a avaliação consiste numa atitude de reflexão que o próprio faz de si. Contudo, para esta autora, baseando-se na literatura, distingue a autoavaliação inerente a sentimentos temporário, os quais variam consoante as situações e feedbacks, da autoestima traço, associada a sentimentos de valor e mérito que se formaram durante a infância.

Segundo Chávez e Andrade (2005), a autoestima pode ser encarada de modo ambivalente tanto como um fator pessoal protetor bem como um fator de risco da saúde física e mental.

Vaz-Serra (1995) menciona que a autoestima é o resultado da relação entre os objetivos que um sujeito se propõe alcançar e o êxito obtido na concretização desses mesmos objetivos. Uma boa relação entre estes dois aspetos leva a que o sujeito se perceçione como competente, mantendo uma boa autoestima.

Mann et al. (2004) defendem que uma autoestima elevada é uma característica básica da saúde mental e um fator pessoal protetor pois contribui para uma melhor

saúde e comportamento social positivo, desempenhando um papel defensor contra o impacto das influências negativas, promovendo ativamente um funcionamento saudável que se repercute em diversos aspetos da vida tais como satisfação, sucesso e mesmo capacidade para lidar com doenças físicas. Por sua vez, uma baixa autoestima pode desempenhar um papel crítico no desenvolvimento de uma vasta variedade de perturbações mentais e problemas sociais, tais como a depressão, distúrbios alimentares, ansiedade e abuso de substâncias (Silverstone & Salsali, 2003).

A autoestima acompanha o ser humano ao longo da sua vida, sofrendo várias alterações durante o percurso. Estas oscilações correspondem às transformações no meio envolvente e às mudanças inerentes ao desenvolvimento (Robins & Trzesniewski, 2005).

3.2. A autoestima nos adolescentes

O conceito de autoestima tem sido estudado e considerado como um importante indicador de saúde mental na adolescência (Bandeira e Hutz, 2010).

Na adolescência, os domínios com grande importância na construção da autoestima incluem a imagem corporal, a aceitação do grupo de pares, o desempenho escolar, a competência atlética e o comportamento geral, em que a inaceitação das normas sociais é, frequentemente, valorizada (Bizarro, 2001). No entanto, existem vários estudos que demonstram a conexão entre a autoestima e as transações na família, pois é nesta que a criança forma o sentido inicial de intimidade e valor próprio, e os reforços parentais importantes durante a maioria dos estádios desenvolvimentistas (Rosenberg, 1986; Milevsky et al., 2007).

Rosenberg (1986) confirma que os adolescentes que tem relações mais próximas com os pais têm uma probabilidade maior de apresentarem níveis mais elevados de autoestima.

Peixoto (2004) declara que as avaliações que os membros familiares criam sobre os adolescentes relacionam-se com as avaliações que estes fazem de si próprios.

Plunkett et al. (2007) postulam que os adolescentes desenvolvam um sentido de si e de autoeficácia baseado nas qualidades próprias que apercebem no seio da interação com os outros significativos, nomeadamente com os pais, assim, em parte, a autoestima começa a firmar-se no contexto das interações pais/filho. Os comportamentos parentais

– incluindo o suporte, o interesse e envolvimento, a restrição da autonomia e a gestão do conflito – atuam como reforços do comportamento do adolescente e, por conseguinte, influenciam a sua autoestima (Peixoto, 2004; Plunkett et al., 2007). Um interesse parental baixo no adolescente (em assuntos como conhecer os seus amigos, mostrar interesse pela situação escolar e, no geral, em estimular um diálogo diário), está relacionado com níveis baixos de autoestima e esta relação mantém-se ao longo de várias condições – meio rural ou urbano, religião católica, protestante ou judaica e severidade ou permissividade dos progenitores. Ou seja, o desinteresse dos progenitores está mais associado a uma baixa autoestima no adolescente do que a punição (Rosenberg, 1986).

Segundo Steinberg & Morris (2001), a autoestima também afeta o adolescente na forma de lidar com o ambiente. Crianças e adolescentes com boa autoestima persistem mais e fazem mais progressos diante de tarefas difíceis que aqueles com uma baixa autoestima. A posição que as crianças e os adolescentes ocupam entre os seus pares é extremamente importante, uma vez que a autoestima é uma função deste *status* dentro do grupo. As crianças cujos pares não gostam delas têm menos oportunidades de desenvolver as suas habilidades sociais (Steinberg & Morris, 2001).

De acordo com Rosenberg (1986), adolescentes com um nível baixo de autoestima global tendem a percecionar-se como incompetentes, indignos e seriamente deficientes enquanto pessoas e, será mais provável que respondam a acontecimentos de vida stressantes com sentimentos de desesperança e incapacidade. Contrariamente, adolescentes com um nível satisfatório de autoestima global, tenderão a avaliar estes acontecimentos como ultrapassáveis e a si próprios como capazes de lidar positivamente com eles.

Desta forma, todas estas fontes de suporte, pais, adultos e pares, podem ser sentidas de forma incondicional ou por outro lado, de forma condicional. O modo condicional implica que a criança sinta, que só terá apoio se estiver à altura das expetativas dos pais ou grupo de pares (Harter, 1999).

Segundo Duclos (2006), ter uma boa autoestima significa aceitar-se tal e qual como é, sabendo reconhecer as suas forças e as suas fraquezas e ter sucesso nas áreas que são importantes para a criança.

Trzesniewski et al. (2006), no seu estudo longitudinal concluíram que os adolescentes com baixa autoestima apresentam mais problemas de saúde (ansiedade, depressão, problemas cardiorrespiratórios, e excesso de peso) quando em adultos, comparativamente com os adolescentes com elevada autoestima. O presente estudo de Trzeniewski et al. (2006) verificou também que a baixa autoestima nos adolescentes está igualmente associada à prática de crimes, ao abandono escolar e consequentemente ao desemprego.

Um outro estudo, efetuado por Donellan, Trzeniewski, Robins, Moffit e Caspi, mostra a existência de uma relação entre a autoestima e a delinquência. Neste sentido, os adolescentes com baixa autoestima têm maior tendência à externalização (comportamentos antissociais, implicando ou não a violência), (cit in Erol & Orth, 2011).

3.3. A autoestima nos adolescentes institucionalizados

Ao falarmos de crianças institucionalizadas, observamos que, mesmo recebendo cuidados primários, desenvolvem com maior dificuldade ligações significativas (Mota & Matos, 2008). É essencial o entendimento de que a privação de laços afetivos durante a infância interfere no desenvolvimento saudável da criança, podendo afetar as suas relações com o outro e com o meio que a rodeia. O mesmo autor refere que o princípio que deve nortear a ação dos que trabalham com crianças institucionalizadas deverá ser sempre o de garantir à criança as condições necessárias para o seu pleno desenvolvimento, tanto no presente quanto no futuro (Mota & Matos, 2008).

Após a separação das famílias de origem, estas crianças e adolescentes procuram outras referências de apego, mantendo relações afetivas com outras crianças à semelhança do apego da díade mãe-bebé (Silva, 2011).

Bowlby (1984) refere-se aos cuidados substitutos, como uma forma de tentar diminuir os danos causados pela privação do amor dos pais nas crianças institucionalizadas. Esses cuidados, realizados por uma figura significativa de afeto, são imprescindíveis para o desenvolvimento da criança e para a formação do seu psiquismo, mesmo sendo sabido que eles não são totalmente adequados.

As vinculações afetivas estabelecidas antes da institucionalização, mediadas principalmente por violência de toda ordem, comparecem de forma sólida. Elas não se

dissipam com os anos vividos na instituição. Possivelmente, o pouco que obtiveram nas relações, são guardados como um tesouro do qual não se querem desfazer.

Mota e Matos (2008), defendem a institucionalização como uma oportunidade positiva para o desenvolvimento dos jovens. A autora refere que a criança encontra na instituição os limites para aquisição de sua identidade, colocando-a como um sujeito ativo. A desmistificação desses aspetos abre espaço para que a instituição seja uma alternativa e uma possibilidade viável ao desenvolvimento integral da criança, mesmo privada da convivência familiar. Refere ainda que a instituição é um local muito importante, pois é onde as crianças realizam um grande número de atividades, funções e interações, como também um ambiente com potencial para o desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto. O apoio social e afetivo oferecido pela instituição, pode gerar o desenvolvimento da capacidade de resiliência e desenvolvimento adaptativo (Oriente & Souza, 2005).

Santana et al. (2004), defendem que a instituição deve ser repensada como um local onde as crianças e adolescentes podem construir relações significativas positivas, do ponto de vista da construção de sujeitos. Considerando que os técnicos e funcionários das instituições desempenham um papel central, como aqueles que irão orientá-los e protegê-los, fazendo parte da sua rede de apoio social e afetivo. Dessa forma, pode-se dizer, que as boas experiências de uma criança ou adolescente nas instituições vão depender dos vínculos afetivos e do apoio social que a instituição vai desempenhar, servindo de mais um elo para a formação de suas identidades e para o seu desenvolvimento e criando oportunidades para o de satisfação na vida social e pessoal.

Capítulo 4 - Estados Emocionais

As emoções são um sistema que envolve alterações nos domínios, comportamental e fisiológico, referente ao sistema nervoso central e periférico. Resultam de uma situação entendida pelo indivíduo como significativa, no que respeita aos seus objetivos pessoais. É, assim, a partir do significado e relevância que cada um de nós dá a cada situação, que se desenvolve ou não uma emoção. Deste modo, as emoções podem ser benéficas ou prejudiciais de acordo com o momento e a intensidade com que ocorrem (Gross & Thompson, 2007).

Desta forma, pode considerar-se que as emoções, em geral, mas a depressão e a ansiedade, em particular, se constituem como marcadores importantíssimos enquanto avaliadores da saúde mental e do bem-estar psicológico numa população (Gross & Thompson, 2007).

4.1. Ansiedade nos adolescentes

A ansiedade em crianças e adolescentes, até ao início do século XIX, não ocupou um espaço relevante na literatura psiquiátrica. Apenas na segunda metade do século XIX, a ansiedade infantil passou a ser percecionada como um fator de vulnerabilidade, alcançando posteriormente o estatuto de perturbação psiquiátrica. Durante muito tempo, a sua conceptualização e o seu diagnóstico não eram específicos e somente nas últimas décadas se verificou um esforço de investigação nas áreas da psicologia e psiquiatria (Silverman & Treffers, 2001).

Segundo Batista e Oliveira (2005), a adolescência é uma fase da vida em que se desenvolve um conjunto de mudanças evolutivas na maturação física e biológica, ajustamento psicológico e social do indivíduo. São grandes as adaptações pelas quais os jovens devem passar durante o seu desenvolvimento. Nesse processo eles enfrentam realidades diferentes das que já enfrentaram e, diante disso, reagem e sentem-se ansiosos considerando ser difícil adaptar-se a essa nova fase. Contudo, a ansiedade não ocorre apenas nos adolescente, mas sim em qualquer faixa etária e em diversas situações.

Desta forma, a ansiedade constitui uma manifestação da atividade emocional ou afetiva do indivíduo em que predominam sentimentos desagradáveis como: o mal-estar, apreensão, a preocupação excessiva, a expectativa e a inquietude (Fonseca, 2010; Telles-Correia & Barbosa, 2009)

Andrade e Gorenstein (1998) descrevem a ansiedade como um estado emocional com elementos psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando ocorre de forma exagerada e sem qualquer situação real ameaçadora que a desencadeie.

A ansiedade é uma emoção normal e um sintoma frequente na psicossomática, tornando-se patológica quando ocorre em simultâneo com outra sintomatologia (e.g. depressão) ou quando os sintomas e comportamentos ansiosos são frequentes e incapacitantes (Cordeiro, 2005).

Os modelos da ansiedade, segundo Cordeiro (2005) e Telles-Correia & Barbosa (2009), têm como ponto de partida uma dicotomia: ansiedade orientada para o estímulo (uma resposta a um estímulo específico, como situações, pensamentos e emoções) e a ansiedade como resposta (resposta emocional, independentemente do estímulo). Essencialmente, são referidos três modelos de ansiedade: o modelo da ansiedade de Goldstein, o modelo de ansiedade traço/estado e o modelo transacional de stress de Lazarus (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

De acordo com o modelo de ansiedade de Goldstein, a ansiedade é orientada para o estímulo, ou seja, a ansiedade corresponderia à percepção subjetiva e individual de uma determinada situação que represente uma ameaça à existência (Cordeiro, 2005; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

O modelo da ansiedade traço/estado, desenvolvido por Cattell e Scheir (1961, cit in Telles-Correia & Barbosa, 2009), refere que a ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características individuais e estímulo atual, distinguindo dois aspetos fundamentais da ansiedade: ansiedade como estado emocional transitório e ansiedade como um estado mais permanente – correspondendo a um traço de personalidade (Cordeiro, 2005).

Por último, o modelo transacional de stress de Lazarus aceita a hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, em que a ansiedade surge após a avaliação de ameaça (fonte de stress) e avaliação dos recursos disponíveis (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Segundo Fonseca (2010), a ansiedade compreende sempre três elementos: a resposta motora, a resposta cognitiva e a resposta fisiológica, podendo integrar um grande número de reações. A resposta motora da ansiedade é descrita como um

comportamento de evitamento, inquietude ou desassossego (e.g. torcer as mãos; andar agitado e até ocasionalmente gaguejar). Além destas características, também pode ocorrer uma reação de imobilidade ou pedidos constantes de auxílio. Ao nível cognitivo, a ansiedade caracteriza-se principalmente por distorções cognitivas sobre a sua segurança, receios e grande apreensão. Por fim, a resposta fisiológica da ansiedade envolve uma ativação acentuada do sistema nervoso autónomo (e.g. transpiração mais intensa do que é habitual), que normalmente induz o indivíduo a apresentar diversas queixas somáticas (Fonseca, 2010).

A ansiedade é bastante comum nas sociedades ocidentais, tendo consequências ao nível do funcionamento psicossocial (Quintão, Delgado, & Prieto, 2013). Em Portugal a investigação sobre a epidemiologia da ansiedade é escassa, mas alguns estudos apresentam taxas entre os 11.2% e 16.5% como diagnóstico principal e entre 17.7% e 29.1% como secundária a outra perturbação (Apóstolo et al., 2008; Rabasquinho & Pereira, 2007).

Serra et al. (1980, cit in Batista & Oliveira, 2005), efetuaram um estudo de opinião sobre o medo e a ansiedade na adolescência, onde puderam constatar que na adolescência o medo é direcionado a ameaças ou perigos subjetivos, o que atribuíram à chamada crise de identidade. Em relação à ansiedade, as categorias mais frequentes no estudo foram as ligadas à solidão, ao desconhecido, à rejeição e ao futuro.

4.2. Ansiedade nos adolescentes institucionalizados

O processo de institucionalização provoca nas crianças e jovens algumas alterações a nível emocional, decorrentes da sua retirada da família e posterior acolhimento. Uma nova realidade e novas pessoas podem gerar um grande conflito emocional para quem é institucionalizado (Carneiro et al., 2005).

Desta forma, as famílias de adoção e de acolhimento devem ser fomentadas como alternativa prévia à institucionalização, em busca do bem-estar físico e psicológico. A institucionalização deve emergir como resposta quando está esgotada a sequência ou cascata de alternativas mais integracionistas (Carneiro et al., 2005). Com efeito, de acordo com alguma investigação internacional mencionada, aliás também consubstanciada nalguns estudos nacionais (Alberto, 1999; Córias, 1955; Formosinho et al., 2002; Strecht, 2000; Vilaverde, 2000; cit in Carneiro et al., 2005), as crianças

institucionalizadas tendem a desenvolver alguns padrões comportamentais problemáticos. Aponta-se, por exemplo, as suas particulares dificuldades em resistir à frustração (o que pode representar um bloqueio básico ao seu desenvolvimento psicológico), as dificuldades de relacionamento interpessoal, os sentimentos depressivos e imagens autodepreciativas, os níveis elevados de ansiedade e de agressividade destrutiva, as dificuldades de aprendizagem e o insucesso escolar ou as notórias oscilações de humor, instabilidade emocional e frágil autoestima.

4.3. Depressão nos adolescentes

O termo depressão, classicamente conhecido como melancolia, usado por Hipócrates, significa a inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, perda (ou diminuição) da iniciativa e da capacidade vital, em que permanecem sentimentos de culpabilidade e diminuição do prazer de viver (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Na depressão, o sintoma de tristeza é o mais predominante, que pode variar na intensidade (leve a grave), sendo frequentes sintomas psíquicos (desinteresse, despersonalização, ansiedade e ideias de suicídio) e sintomas somáticos (dores, agitação, insónia, cefaleias, fadiga, alteração do apetite), (Gatchel & Turk, 1996). Sendo considerada uma síndrome com múltiplas etiologias, podendo ser puramente psicológica (de origem conflitual – neuróticas; de natureza reativa – reação desadaptada ao stress ambiental) ou biológica (perturbação do humor secundária a patologia somática ou induzida por fármacos) (Cordeiro, 2005)

De entre diferentes modelos teóricos da depressão, o mais referenciado é o modelo cognitivo da depressão de Aaron Beck, organizando-se em três conceitos básicos: a tríade cognitiva, esquemas/crenças centrais e pensamentos automáticos (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A *tríade cognitiva* debruça-se sobre três padrões cognitivos: 1) a forma como a pessoa se percebe: o sujeito deprimido tem uma visão negativa acerca de si próprio, vendo-se como uma pessoa sem valor, não digna, não adequada e com defeitos. Atribui as experiências mal sucedidas a si próprio e acha que as características que lhe faltam são essenciais para ser feliz; 2) a forma como percebe as suas vivências: o sujeito vê o mundo de forma enviesada e interpreta as suas experiências de forma negativa. Acha

que as tarefas que lhe são pedidas são demasiado exigentes e impossíveis de realizar, ficando impossibilitado de atingir os seus objetivos; 3) a forma como percebe o futuro: o sujeito antecipa o futuro de forma negativa, visualizando apenas dificuldades, frustrações e privações. Perante a realização de uma tarefa espera falhar e acha que a sua condição atual não vai melhorar (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Os esquemas, definidos como padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base para a regularidade das interpretações de um conjunto particular de situações, são criados através do agrupamento de estímulos específicos selecionados de uma situação, de forma a conceptualizá-la. Assim, quando a pessoa vivencia uma situação, o esquema dessa situação é ativado e faz com que a pessoa dê uma resposta coerente nas diversas situações de acordo com esse estímulo. Estes padrões são diferentes de pessoa para pessoa, consoante o detalhe a que foi dada importância. À medida que a depressão se vai agravando, mais dificilmente o sujeito vê a sua interpretação da situação como um erro (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Por último, os pensamentos automáticos prendem-se com a inferência arbitrária, abstração seletiva, generalização, maximização ou minimização e personalização, conceitos que definiremos adiante quando abordarmos a ideação suicida (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Atualmente sabemos que as causas para a depressão são diversas e, que antes da puberdade a prevalência da depressão aumenta de 1% para 3% e na fase da adolescência aumenta de 3% para 9% (Josephson, 2007.)

Segundo Laufer (2000), para abordarmos o tema da depressão na adolescência é necessário ter em consideração os desafios que esta nova fase apresenta para os jovens e as tensões que naturalmente lhes estão subjacentes. Deve-se então distinguir a depressão que ocorre pontualmente daquela que persiste no tempo. A primeira diz respeito às consequências das crises ditas normais da adolescência, que podem ser referentes a problemas de relacionamento com os pais ou com a escola, com sentimentos de rejeição social, com insatisfação face à aparência, entre outros. A segunda afeta o normal funcionamento do adolescente, levando-o a um estado de desesperança que o impede de lutar.

Este sentimento prolongado de tristeza interfere geralmente nos ciclos de sono, nos hábitos alimentares, na autoestima e nas relações sociais, provocando fadiga,

difficultades de concentração e tomada de decisões, baixo rendimento escolar e isolamento social. Durante a fase da adolescência, os sintomas referentes à depressão podem também manifestar-se através da irritação, ao invés da tristeza (Acosta-Hernández et al., 2011).

Sabe-se que a depressão Major é a principal causa do comportamento suicida em adolescentes, tendo os adolescentes pensamentos sobre a morte e o suicídio, assumindo, entre outros, que os outros ficariam mais felizes se ele não estivesse vivo. Embora não seja possível prever se um adolescente vai suicidar-se, sabe-se que as pessoas que estão em menor risco de suicídio são aquelas que pensam nesta questão uma ou duas vezes por semana, enquanto que as que estão em maior risco são aquelas que já adquiriram os materiais para cometer o ato suicida (Acosta-Hernández et al., 2011).

A depressão não tem origem numa só causa mas sim em diversos fatores que aumentam a probabilidade da sua ocorrência, entre eles destacamos: fatores genéticos e biológicos - ser filho de pais que sofrem de depressão ou entrar na puberdade mais tardiamente; fatores psicológicos - imagem corporal negativa, baixa autoestima ou problemas de ansiedade; fatores referente aos pares - baixa popularidade, experiências de rejeição, contato reduzido com os amigos ou mesmo não haver proximidade com um melhor amigo; e fatores familiares - indisponibilidade emocional dos pais, relações disfuncionais entre pais e filhos, falta de coesão familiar, conflito conjugal, dificuldades financeiras e divórcio dos pais. O stress a que os adolescentes estão sujeitos diariamente ou em acontecimentos específicos é outro fator que aumenta o risco de depressão (Petersen et al., 1993).

Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a população adolescente em função de determinadas variáveis associadas aos sintomas depressivos. 11% dos jovens evidenciaram sintomas depressivos, tendo estes prevalecido quando a mãe não era licenciada, quando os jovens viviam só com a mãe, quando estavam frequentemente doentes, quando tiveram doenças graves, quando estiveram internados ou tiveram familiares doentes, quando consumiam tabaco e bebidas alcoólicas, quando não gostavam da sua escola ou quando tinham valores elevados de insucesso escolar e quando não desejavam concluir uma licenciatura. A percentagem de raparigas com sintomas depressivos foi superior à dos rapazes.

Os transtornos depressivos aumentam significativamente a partir dos 14 anos, sendo as raparigas duplamente mais afetadas que os rapazes, podendo, na população feminina, dever-se às alterações hormonais que ocorrem durante a fase da adolescência (Acosta-Hernández et al., 2011). Este facto pode ainda ser demonstrativo de uma maior resistência por parte dos rapazes em expressarem sofrimento e sintomas (Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004).

Cruz et al. (1999) realizaram um estudo para perceber de que forma a corporalidade e os acontecimentos biográficos significativos para o adolescente afetam a depressão. A grande maioria dos adolescentes com depressão apresentam como acontecimentos biográficos mais importantes “problemas de relacionamento com os pais ou com pessoa íntima”, seguido de “nova amizade” e “sucesso nos estudos”. Relativamente à corporalidade, adolescentes deprimidos apresentaram uma percentagem mais elevada de problemas com a corporalidade e imagem de si do que os outros.

Segundo Cordeiro (2005), os fatores de risco para a depressão são: sexo feminino, ser casada, em homens que vivem sozinhos, idades compreendidas entre os 20 e 40 anos, perdas parentais antes da adolescência, história familiar de depressão, fraco suporte social, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana.

4.4. Depressão nos adolescentes institucionalizados

A depressão surge neste encadeamento como uma consequência das mudanças e reestruturações que a adolescência em si, as vivências anteriores e a institucionalização implicam.

Idemudia e Makhubela (2011) mostram que Sternberg, Lamb, Guterman e Abbott verificaram que jovens que na infância sofreram algum tipo de violência intrafamiliar apresentam mais problemas de comportamento ou sintomas depressivos na adolescência, quando comparados a jovens que não passaram por esse tipo de vivências. Como este, muitas outras investigações indicam que crianças acolhidas que foram vítimas de maus tratos apresentam maior tendência depressiva quando comparadas com crianças em meio familiar de vida que nunca tinham sido vítimas de maus tratos (Marques, 2003). De acordo com este autor, o primeiro grupo de crianças apresentava elevados níveis de desestruturação, um desenvolvimento abaixo dos valores normativos,

manifestavam condutas mais agressivas, pelo que a violência seria utilizada por elas como um meio privilegiado de comunicação. Muitas vezes, a delinquência era um caminho seguido por elas (Pinhel, Torres & Maia, 2009).

Wathier e Dell’Aglío (2007), no seu estudo sobre a manifestação de sintomas depressivos e a frequência e impacto de eventos stressores em crianças e adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados, encontraram diferenças significativas entre os dois grupos. Segundo os dados obtidos, o primeiro grupo apresentava médias mais altas de sintomatologia depressiva do que o segundo. Verificaram, ainda, que os principais eventos nomeados como motivo de acolhimento foram a morte de um dos pais e ser vítima de abusos sexuais.

De acordo com estas autoras, os jovens acolhidos apresentam maior sintomatologia depressiva devido a estarem expostos a situações de risco mais gravosas do que os jovens em meio familiar de vida (Wathier & Dell’Aglío, 2007).

Em todos os estudos apresentados é de salientar um denominador comum: o contexto. As crianças institucionalizadas provêm de ambientes familiares e contextos culturais e socioeconómicos considerados de risco, que as expõem a situações de risco potencial para o seu desenvolvimento e bem-estar físico e psicológico.

Capítulo 5 - A vinculação, a Autoestima e os Estados Emocionais

5.1. Relação entre vinculação e a autoestima

A autoestima é um dos constructos que se liga ao da vinculação. É considerada, em parte, um subproduto da vinculação ao permitir que na sua construção estejam inclusos os modelos de si - essência da autoestima - e os modelos dos outros - para a comparação consigo mesmo (Trzesniewski et al., 2006).

Segundo Bowlby (1984), desde o nascimento que o bebé necessita de desenvolver uma relação de vinculação, habitualmente com a mãe ou com uma figura materna substituta. Este comportamento de vinculação é determinado biologicamente e tem o objetivo de assegurar a proximidade à figura materna. Esta proximidade irá garantir a proteção face a situações de ameaça e funcionará como a base segura para a redução da ansiedade e para a exploração do ambiente. A relação de vinculação irá, então, conduzir ao desenvolvimento de representações mentais que moldarão o padrão de relações futuras e influenciarão a organização do comportamento, afetos e cognições (Bowlby, 1990). Bowlby (1984) designou estas representações de Modelos Internos Dinâmicos, sendo que estes funcionam como guias para interpretar os acontecimentos interpessoais, influenciando expectativas, comportamentos e futuras interações. Quando a criança estabelece uma vinculação segura possui um modelo representacional das figuras de vinculação como estando disponíveis para a interação e capazes de proporcionar ajuda e bem-estar. Crianças com pais afetivos, previsíveis e acessíveis, que oferecem apoio, conforto e proteção terão maiores probabilidades de ativar respostas que permitem a adaptação a situações adversas vs. crianças com relações familiares negativas e que cresceram com pais indisponíveis ou abusivos (estas estabelecerão uma vinculação insegura), (Bowlby, 1984).

Assim, de acordo com Bowlby (1984) e outros autores que mais recentemente se dedicaram à temática (e.g. Cichetti & Valentino, 2006) a qualidade dos cuidados parentais recebidos nos primeiros anos de vida é fundamental a determinar a saúde mental dos indivíduos e as suas trajetórias desenvolvimentais. Alguns estudos (transversais e longitudinais), segundo Pinhel indicam que uma relação de vinculação segura aos pais (quer em crianças, como em adolescentes da população geral) geram sentimentos maiores de competência pessoal o que aumenta a autoestima (Pinhel, Torres & Maia, 2009).

Peixoto (2004) numa amostra portuguesa com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, estudou a relação entre a qualidade das relações familiares, a autoestima, o autoconceito e o rendimento académico. Os resultados obtidos apoiam a ótica de que a qualidade das relações familiares se associa quer com a autoestima, quer com as restantes dimensões que estavam em estudo. Existiram também diferenças que permitiram verificar que a relação entre qualidade relacional com a família e representações de si próprio era mais robusta nos extremos etários da amostra (alunos dos 7º e 11º anos), quando comparados aos resultados dos jovens que estavam na altura a frequentar o 9º ano de escolaridade. Curiosamente, os resultados relativos à autoestima em função do sucesso escolar dos adolescentes eram diferenciados, isto é, a autoestima parece protegida dos efeitos da reprovção, já que os jovens com e sem história de reprovções escolares não se diferenciavam entre si a este nível.

Em 2006, Wilkinson apresenta resultados interessantíssimos a partir de uma amostra de 615 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18.5. Neste estudo verificou-se que a influência da vinculação aos pares na autoestima não variava em função da idade, mas que a influência das relações de vinculação com a mãe na autoestima decrescia com a idade dos adolescentes, sendo mais importante nos mais novos. Quanto à influência da vinculação ao pai, verificou-se que apenas nos adolescentes mais novos era preditora da autoestima (Wilkinson, 2006).

Através do trilha da vinculação e a sua influência na autoestima, verifica-se, genericamente, que a qualidade das relações significativas contribuem de facto para um sentido mais ou menos positivo do *self*, e ainda, que as estruturas internalizadas dessas relações, os protótipos ou estilos de vinculação, parecem oferecer um contributo ainda maior para a autoestima a partir da adolescência. São contributos que se aguardariam já que os modelos de funcionamento interno ao se autonomizarem, tenderão a manter-se na ausência de alterações no meio relacional. Deste modo, um modelo mais ou menos positivo de si próprio parece iniciar-se nas relações significativas e funcionar, posteriormente, ao nível mais inconsciente das estruturas pessoais de avaliação do *self* e dos outros.

5.2. Relação entre vinculação, ansiedade e depressão

A teoria da vinculação tem sido referida como um modelo explicativo para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade (Canavarro, 1999). E, segundo Rholes e Simpson (2004), também se correlaciona positivamente com a sintomatologia depressiva.

A desregulação emocional da criança pode desencadear relações disfuncionais entre estas e a figura de vinculação (Bowlby, 1984). A criança desenvolve precocemente representações mentais acerca da relação com as figuras de vinculação que, posteriormente, influenciarão a qualidade das relações entre pares na adolescência (Batgos & Leadbeater, 1994). Quando estas se tornam problemáticas, contribuem para o funcionamento emocional mal adaptativo do adolescente e para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão (La Greca & Harrison, 2005).

A vinculação é definida como um laço afetivo que o indivíduo cria com a figura de vinculação que se encontra mais próxima em situações de desconforto (Bowlby, 1984). O suporte empírico relativo à teoria de Bowlby foi criado através da observação do comportamento de crianças. Estas respondiam a duas situações de separação distintas, denominada de Situação Estranha (Ainsworth et al., 1978). Da resposta a esta situação encenada em contexto laboratorial, surgiram três formas a que são atribuídos modelos e métodos de regulação do desconforto. Os mesmos autores classificariam as crianças como seguras ou inseguras. A vinculação segura apresenta-se como o resultado de comportamentos parentais sensíveis e calorosos. Os padrões de vinculação ambivalente são associados a respostas inconsistentes por parte do cuidador, enquanto o padrão de vinculação evitante é responsável por práticas parentais desajustadas e desligadas. Mais tarde, Main e Solomon (1990) formularam um quarto padrão de vinculação designado por desorganizado, caracterizado pela ausência de um padrão de comportamento previsível ou eficaz na indução de cuidados na criança, quando esta se encontra em situações de desconforto ou angústia.

Vários estudos associam a vinculação segura a menores índices de preocupação. Nesta, a criança se percebe como socialmente competente, revela elevada qualidade nas relações entre pares (Bosquet & Egeland, 2006) e apresenta uma diminuição do risco de desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão (Sutin & Gillath, 2009). Por oposição, a vinculação insegura estabelecida com as figuras parentais associa-se a

comportamentos socialmente inibidos (Hudson, 2013). O padrão de vinculação ambivalente relaciona-se com comportamentos submissos que desencadeiam uma maior rejeição pelos pares, impede o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional eficazes (Esbjorn, et al., 2011) e encontrasse consistentemente relacionado com a ansiedade (Kerns, Siener & Brumariu, 2011; Eng et al., 2001). Neste contexto, padrões de vinculação insegura, desorganizada ou ambivalente podem contribuir significativamente para o início e/ou manutenção de perturbações de ansiedade e de depressão (Manassis, 2001).

Assim, de acordo com Bowlby (1984), a qualidade dos cuidados parentais recebidos nos primeiros anos de vida é fundamental a determinar a saúde mental dos indivíduos e as suas trajetórias desenvolvimentais. Alguns estudos mostram que uma relação de vinculação insegura aumenta a probabilidade de manifestação de problemas do comportamento externalizante e de níveis elevados de sintomatologia depressiva (Allen et al., 2003), sintomatologia ansiosa e de alienação (Armsden & Greenberg, 1987; Engels et al., 2001). Vários estudos associam a vinculação segura a menores índices de preocupação. Nesta, a criança se percebe como socialmente competente, revela elevada qualidade nas relações entre pares (Bosquet & Egeland, 2006) e apresenta uma diminuição do risco de desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão (Sutin & Gillath, 2009). Valores elevados de alienação (indicadores de vinculação insegura) associam-se negativamente a estas variáveis. Outro estudo da mesma equipa mostrou que índices maiores de alienação e mais baixos de comunicação se associam a sintomatologia depressiva e ansiosa (Machado & Oliveira, 2007). Como afirmam Mota e Matos (2006), a qualidade da relação de vinculação ganha ainda maior relevância porque irá manifestar-se nas relações futuras.

Um outro estudo desenvolvido no Brasil (Wathier & Dell`AGlio, 2007), no qual participaram 257 jovens (dos 7 aos 16 anos; ambos os sexos), sendo que 130 residiam em instituições e 127 com as suas famílias, mostrou que os jovens institucionalizados apresentavam médias mais elevadas de sintomatologia depressiva

Segundo Zavaschi et al. (2002), vários estudos tem revelado então que vivências traumáticas durante a infância como perda da vinculação afetiva devido à morte de pais ou irmãos, ou também à privação de um ou de ambos seja por separação, divórcio ou abandono estariam associados à depressão na vida adulta.

Capítulo 6 – Objetivo e Hipóteses

6.1. Objetivo do estudo

Posto isto, o objetivo fulcral deste estudo é avaliar se os padrões de vinculação, a autoestima e os estados emocionais diferem em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

6.2. Hipóteses do estudo

Tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada, espera-se verificar as seguintes hipóteses:

- 1) as crianças institucionalizadas apresentam mais indícios de um padrão de vinculação inseguro e as crianças não institucionalizadas apresentam mais indícios de um padrão de vinculação seguro
- 2) a autoestima de orientação positiva das crianças institucionalizadas é significativamente inferior às crianças não institucionalizadas
- 3) a autoestima de orientação negativa das crianças institucionalizadas é significativamente superior às crianças não institucionalizadas
- 4) as crianças institucionalizadas apresentam mais níveis de ansiedade do que as crianças não institucionalizadas.
- 5) as crianças institucionalizadas apresentam mais níveis de depressão do que as crianças não institucionalizadas.

Capítulo 7 - Método

7.1. Participantes

O presente estudo foi constituído por uma amostra de conveniência, englobando 96 crianças, sendo 46 crianças institucionalizadas (47.9%) e 50 crianças não institucionalizadas (52.1%). Apresentam idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, de ambos os géneros (ver tabela 2), com uma média de idades de 14,05 anos (DP=0.86).

Relativamente às habilitações literárias verificou-se haver uma incompreensão da questão por parte das crianças, o que impossibilitou a análise dos dados desta questão. O tempo de acolhimento institucional varia entre os 6 e os 15 anos. Nesta investigação, considerou-se, ainda, relevante avaliar o motivo pelo qual foram retirados às suas famílias de origem. Desta forma, constatou-se que os motivos mais frequentes foram a Negligência/desamparo/outras situações de perigo (N=33), condutas desviantes (N=11) e outros motivos não identificados (N=11).

A tabela 1, demonstra existir diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(1)=9.232$; $p=0.002$) para a distribuição de sexos pelas crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Tabela 1- Número de crianças institucionalizadas e não institucionalizadas por sexo

Sexo					
	Masculino		Feminino		χ^2
	N	%	N	%	
Crianças institucionalizadas	18	18.8%	28	29.2%	9.232**
Crianças não institucionalizadas	35	36.5%	15	15.6%	

** $p \leq 0,01$

7.2. Descrição das medidas de avaliação

O protocolo é constituído por uma primeira parte em que constam os dados Sócio-demográficos e numa segunda parte fazem parte quatro instrumentos de medida: o *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), *The Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS) e, por último, o *Children Depression Inventory* (CDI).

7.2.1. IPPA - *Inventory of Parent and Peer Attachment*

Neste estudo utilizou-se a adaptação portuguesa de Neves, Soares & Silva, 1999. O IPPA foi desenvolvido a fim de avaliar as percepções positivas e negativas dos adolescentes na dimensão afetividade/cognição dos relacionamentos com o pai, a mãe e os amigos mais próximos, particularmente qual a importância destas figuras como fontes de segurança psicológica (Armsden & Greenberg, 1987). A estrutura teórica deste instrumento está baseada na Teoria de Vinculação de Bowlby.

Na presente investigação, serão utilizadas as subescalas Pai e Mãe (excluindo-se a escala referente aos amigos), compostas por 50 itens distribuídos equitativamente pela figura materna e paterna, uma vez que pretendemos conhecer a percepção dos participantes sobre as relações de vinculação com os pais.

Segundo Armsden e Greenberg (1987), o IPPA estuda cognições e estados emocionais que dizem respeito à confiança, compreensão, acessibilidade e responsabilidade das figuras de vinculação, respeito mútuo, bem como estados emocionais como a raiva, a irritação, o ressentimento direcionado e a desvinculação ou isolamento face a cada uma dessas figuras (Armsden & Greenberg, 1987). Assim, este inventário avalia três grandes dimensões – dentro de cada subescala: a *Confiança*, avaliando sentimentos de compreensão mútua, respeito e confiança (e.g. “Os meus pais/amigos respeitam os meus sentimentos”); a *Comunicação*, que procura averiguar a extensão e qualidade da comunicação verbal (e.g. “Eu gosto de pedir a opinião dos meus pais acerca das coisas que me preocupam”) e a *Alienação*, que procura medir sentimentos de isolamento e conflito relacional (e.g. “Não vale a pena mostrar os meus sentimentos junto dos meus pais.”) (Armsden & Greenberg, 1987). Os itens das subescalas “*Confiança e Comunicação*” podem ser positivos, remetendo para sentimentos de confiança e segurança afetiva relativamente à expectativa de que as figuras de vinculação compreendem e respeitam as necessidades do próprio, encontrando-se recetivos aos

seus comportamentos, estados emocionais e disponíveis para prestar o suporte necessário. Nestas subescalas também podemos encontrar itens considerados negativos, que remetem para sentimentos ou representações de isolamento, afastamento ou rejeição emocional e afetiva, a cotação destes deve ser inversa (Neves, Soares & Silva, 1999).

Este inventário começou por ser desenvolvido para adolescentes e jovens adultos entre os 16 e 20 anos, mas foi posteriormente aplicado com sucesso em adolescentes a partir dos 12 anos. É um instrumento de autoavaliação cujo formato de resposta é uma escala de Likert de cinco pontos ou categorias: 1 - Nunca ou Quase Nunca, 2 – Poucas Vezes, 3 – Bastantes Vezes, 4 – Muitas Vezes e 5 – Sempre ou Quase Sempre. A versão original possuía 28 itens para a escala da Mãe e para a escala do Pai, mas apenas 25 para a escala dos Amigos. Hoje, a versão revista tem 25 itens em cada uma das três escalas, num total de 75 itens, dando três valores de vinculação distintos – vinculação à figura materna, vinculação à figura paterna e vinculação aos amigos. De acordo com Armsden & Greenberg (1987), o resultado obtido em cada subescala é revelador daquilo que o sujeito percebe acerca da segurança emocional que é parte integrante das relações de vinculação aos pais e aos pares.

7.2.2. RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*

A Escala de Autoestima de Rosenberg é um instrumento bastante utilizado e referido na investigação como uma boa medida para avaliar a autoestima geral. A autoestima é uma orientação negativa ou positiva para si próprio, isto é, uma avaliação global do valor do próprio. A autoestima difere do autoconceito, podendo este último ser definido como a “constelação de coisas que a pessoa utiliza para se auto descrever” (Blascovich & Tomaka, 1993). A autoestima é a avaliação da informação contida no autoconceito e deriva dos sentimentos acerca do que uma pessoa é. A autoestima pode ser globalmente definida como a discrepância entre o autoconceito atual e o ideal do self (Blascovich & Tomaka, 1993).

A autoestima é um conceito especialmente sujeito a distorções. Muito do trabalho de Rosenberg consistiu examinar em que medida a posição de certas estruturas sociais (como por exemplo, o estatuto social ou étnico) ou os contextos institucionais (como a escola ou as famílias) estão relacionadas com a autoestima. As forças sociais padrão oferecem um conjunto de experiências que são ativamente interpretadas pelos

indivíduos de acordo com a estruturação do seu próprio autoconceito. Pelo menos quatro princípios teóricos chave estão na base do processo de formação do autoconceito: comparações sociais, auto-atribuições, auto-focalização e observações/comentários percebidos (Blascovich & Tomaka, 1993).

Adicionalmente à conceptualização da autoestima como o resultado de forças sociais, esta é muita vezes analisada como uma variável dependente ou moderada. É necessário notar que a autoestima é geralmente uma característica estável dos adultos, por isso não é facilmente manipulável como um resultado em estudos experimentais. A autoestima não pode ser educada pois desenvolve-se através das experiências de vida individuais (Blascovich & Tomaka, 1993).

Embora desenhada como uma escala Guttman, a RSES é normalmente cotada como uma escala de Likert. Os dez itens que a compõem são respondidos numa escala de cinco pontos que varia entre concordo totalmente até discordo totalmente (Rosenberg, 1986).

A amostra inicial a partir da qual a escala foi desenvolvida nos anos 60 consistia em 5024 estudantes universitários de dez escolas escolhidas aleatoriamente no estado de Nova Iorque. De uma forma geral a escala tem fidedignidade alta: as correlações teste-reteste situam-se entre 0,82 e 0,88 e o alfa de Cronbach para várias amostras está entre 0,77 e 0,88 (Blascovich & Tomaka, 1993; Rosenberg, 1986). Os estudos mostram uma estrutura unidimensional e de dois fatores (autoconfiança e auto-depreciação). Os itens 1, 2, 4, 6 e 7 são cotados de 0 a 4 ou de 1 a 5 e os itens 3, 5, 8, 9 e 10 (que estão formulados de forma inversa/negativa) são cotados de 4 a 0 ou de 5 a 1, respetivamente (Rosenberg, 1986).

Os resultados situam-se entre 0-40, sendo o valor 40 o maior possível. A escala pode ser cotada de 1 a 5, sendo que nesse caso os resultados variam entre 10 e 50, sendo 50 o maior valor possível. Um score de 10 a 20 indica baixa autoestima, um score de 21 a 40 indica um grau médio de autoestima e um score entre 41 e 50 indica uma elevada autoestima (Rosenberg, 1986).

7.2.3. RCADS - *The Revised Child Anxiety and Depression Scale*

O Revised Child Anxiety and Depression Scales (RCADS) é um questionário de 47 itens, com escalas correspondentes à Perturbação de Ansiedade de Separação (7

itens), Fobia Social (9 itens), Perturbação de Ansiedade Generalizada (6 itens), Perturbação de Pânico (9 itens), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (6 itens) e Perturbação Depressiva Major (10 itens). As respostas ao RCADS correspondem à frequência com que cada item se aplica ao sujeito. A cada item corresponde uma escala de *Likert* com as seguintes opções de resposta: (0) Nunca, (1) às vezes, (2) frequentemente e (4) sempre. (Chorpita et al., 2000; Ross et al., 2003 citado por Chorpita, Moffitt & Gray, 2005).

Uma vantagem que o RCADS tem em relação a outras medidas de ansiedade na infância, é o facto de ser projetado para fornecer informações a respeito das perturbações do DSM-IV, e permite também uma clara comparação entre o diagnóstico e o nível de informação acerca dos sintomas (Sandin et al., 2010).

Este questionário tem grande utilidade a nível clínico por ser uma medida com baixo número de itens (Sandin et al., 2010).

7.2.4. CDI – *Children Depression Inventory*

Este inventário visa detetar a presença e a severidade de sintomatologia depressiva na infância, inicialmente desenvolvido por Kovacs (2004).

Trata-se de um instrumento de auto-relato constituído por 27 itens, desenvolvido para avaliar a intensidade das queixas depressivas em crianças e adolescentes em idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, nas áreas da cognição, do afeto e do comportamento (Kovacs, 2004). Cada item do CDI é composto por três frases, classificadas com o valor de 0, 1 ou 2, em que o dois significa a presença e maior severidade dos sintomas e o mais baixo (zero) a ausência de sintomas. O sujeito deve escolher apenas uma das três opções. O resultado total poderá variar entre 0 e 54 pontos, sendo que um resultado elevado traduzirá um estado clínico mais grave (Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008).

Quanto ao ponto de corte, este está dividido por dois grupos etários: o grupo etário entre os 8 e os 12 anos tem como ponto de corte o *score* 16, sendo considerado um valor clínico quando o *score* total é igual ou superior a 16; e o grupo etário entre os 13 e os 17 anos tem como ponto de corte o *score* 19, pelo que valores iguais ou acima deste refletem patologia (Passos e Machado, 2002). Quanto aos estudos psicométricos, verifica-se que o CDI possui uma consistência interna satisfatória, uma estabilidade

teste-reteste aceitável e uma validade sustentada por vários estudos da sua relação com outros instrumentos de avaliação (Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008). Uma das características mais importantes deste inventário parece ser a sua elevada consistência interna, visto que em 1985, Kovacs encontrou coeficientes que oscilavam entre 0.70 e 0.86. No entanto, verificou-se a sobreposição de resultados com instrumentos que pretendem medir outros constructos, sugerindo carência de validade discriminante. É também referido que a validade convergente não é garantida pela correlação com testes que medem o mesmo constructo (Dias & Gonçalves, 1999). O valor de alpha obtido no presente estudo indica uma consistência interna forte de 0.87.

7.3. Procedimento

Numa primeira fase, foi feita a seleção das instituições para a recolha da amostra relativa às crianças institucionalizadas bem como a escolha das crianças que se encontravam em meio familiar.

Este contato foi formalizado através da elaboração e entrega de Consentimentos Informados (ver Apêndice I e Apêndice II) às instituições, bem como, aos encarregados de educação dos participantes.

A recolha de dados decorreu no distrito de Lisboa, tendo o protocolo de avaliação (ver Apêndice III) sido realizado nas instituições correspondentes ao grupo das crianças institucionalizadas. As crianças em meio familiar preencheram o protocolo em suas casa. A aplicação do protocolo teve uma duração de 15 a 30 minutos.

O primeiro contato com os participantes teve como intuito uma breve apresentação do projeto de investigação e o pedido de colaboração, garantindo a confidencialidade e o anonimato do mesmo.

Posteriormente, foi construída a base de dados no programa Excel e o tratamento estatístico dos dados, foi feito no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), para Windows, versão 21.

Capítulo 8 - Resultados

Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças institucionalizadas e o grupo de crianças não institucionalizadas, nas dimensões da IPPA, RSES, RCADS e CDI foi realizado um teste T-Student (ver tabela 2).

Na escala IPPA (ver tabela 2), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à confiança que a criança tem com a mãe ($t(83)=-3.873$; $p=0.000$) entre crianças institucionalizadas ($M=3.317$; $DP=0.955$) e as crianças não institucionalizadas ($M=3.969$; $DP=0.475$), sendo que estas últimas apresentam um maior nível de confiança. Existe, também, diferenças estatisticamente significativas para a comunicação que a criança tem com a mãe ($t(83)=-2.484$; $p=0.017$) entre crianças institucionalizadas ($M=3.333$; $DP=1.012$) e as crianças não institucionalizadas ($M=3.770$; $DP=0.436$), em que as crianças não institucionalizadas demonstram ter mais confiança na mãe. Na alienação que a criança tem com a mãe verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas ($t(82)=2.852$; $p=0.006$) entre as crianças institucionalizadas ($M=2.461$; $DP=0.927$) e as crianças não institucionalizadas ($M=1.940$; $DP=0.712$), em que as crianças institucionalizadas mostraram maiores níveis de alienação com a mãe. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a confiança que a criança tem perante o pai ($t(69)=-1.686$; $p=0.057$) e a comunicação com o pai ($t(69)=-0.571$; $p=0.525$). Em relação à alienação que a criança tem com o pai, encontrou-se diferenças estatisticamente significativas ($t(67)=3.738$; $p=0.001$) entre as crianças institucionalizadas ($M=2.873$; $DP=1.131$) e as crianças não institucionalizadas ($M=1.916$; $DP=0.792$), sendo que o primeiro grupo apresenta maiores níveis de alienação com o pai.

Na escala RSES (ver tabela 2), verificou-se haver diferenças estatisticamente significativas na autoestima de orientação positiva ($t(94)=-3.987$; $p=0.000$) entre as crianças institucionalizadas ($M=3.647$; $DP=0.757$) e as crianças não institucionalizadas ($M=4.192$; $DP=0.553$), em que o segundo grupo apresenta mais autoestima de orientação positiva. Na autoestima de orientação negativa, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($t(93)=6.880$; $p=0.000$) entre as crianças institucionalizadas ($M=3.269$; $DP=1.032$) e as crianças não institucionalizadas ($M=2.000$; $DP=0.729$), sendo que as crianças institucionalizadas demonstram maiores níveis de autoestima de orientação negativa.

Na escala RCADS (ver tabela 2), encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à ansiedade de separação ($t(93)=6.367$; $p=0.000$) entre crianças institucionalizadas ($M=1.034$; $DP=0.576$) e as crianças não institucionalizadas ($M=0.384$; $DP=0.394$), sendo que as crianças institucionalizadas apresentam um maior nível de ansiedade de depressão. Existe, também, diferenças estatisticamente significativas para a fobia social ($t(93)=3.346$; $p=0.001$) entre crianças institucionalizadas ($M=1.553$; $DP=0.487$) e as crianças não institucionalizadas ($M=1.181$; $DP=0.587$), em que as crianças institucionalizadas demonstram ter uma maior probabilidade de terem fobia social. Na dimensão obsessão compulsão verificou-se existir diferenças estatisticamente significativas ($t(93)=7.011$; $p=0.000$) entre as crianças institucionalizadas ($M=1.402$; $DP=0.436$) e as crianças não institucionalizadas ($M=0.687$; $DP=0.547$), em que as crianças institucionalizadas apresentam maiores níveis de obsessão compulsão. Verificou-se haver diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao pânico e agorafobia ($t(93)=6.070$; $p=0.000$) entre as crianças institucionalizadas ($M=1.244$; $DP=0.566$) e as crianças não institucionalizadas ($M=0.596$; $DP=0.471$), em que o primeiro grupo apresenta mais níveis de pânico e agorafobia. A dimensão ansiedade generalizada demonstra haver diferenças estatisticamente significativas ($t(91)=3.643$; $p=0.000$) entre as crianças institucionalizadas ($M=1.974$; $DP=0.545$) e as crianças não institucionalizadas ($M=1.492$; $DP=0.719$), sendo que as crianças institucionalizadas demonstram maiores níveis de ansiedade generalizada. Por último, temos a dimensão depressão que nos apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(92)=8.412$; $p=0.000$) entre as crianças institucionalizadas ($M=1.356$; $DP=0.539$) e as crianças não institucionalizadas ($M=0.552$; $DP=0.367$), em que as crianças institucionalizadas mostram níveis mais elevados de depressão. É de referir, que os resultados desta última dimensão (depressão), serão anulados na discussão dos resultados, pois temos a escala CID que avalia apenas uma medida, dando assim resultados mais fidedignos.

A escala CDI (ver tabela 2), demonstra não existir diferenças estatisticamente significativas ($t(94)=-0.172$; $p=0.861$) entre os dois grupos da amostra.

Tabela 2 - Diferenças entre as dimensões dos testes (IPPA, RSES, RCADS e CDI) em função das crianças institucionalizadas e não institucionalizadas

	Grupo				t
	Crianças institucionalizadas		Crianças não institucionalizadas		
	(N=46)		(N=50)		
	M	DP	M	DP	
Vinculação (IPPA)					
Mãe_Confiança	3.317	0.955	3.969	0.475	-3.873***
Mãe_Comunicação	3.333	1.012	3.770	0.436	-2.484*
Mãe_Alienação	2.461	0.927	1.940	0.712	2.852**
Pai_Confiança	3.612	0.872	3.934	0.534	-1.686
Pai_Comunicação	3.564	0.896	3.678	0.603	-0.571
Pai_Alienação	2.873	1.131	1.916	0.792	3.738***
Autoestima (RSES)					
Orientação positiva	3.647	0.757	4.192	0.553	-3.987***
Orientação negativa	3.269	1.032	2.000	0.729	6.880***
Ansiedade (RCADS)					
Ansiedade de depressão	1.034	0.576	0.384	0.394	6.367***
Fobia social	1.553	0.487	1.181	0.587	3.346**
Obsessão Compulsão	1.402	0.436	0.687	0.547	7.011***
Pânico e Agorafobia	1.244	0.566	0.596	0.471	6.070***
Ansiedade generalizada	1.974	0.545	1.492	0.719	3.643***
Depressão	1.356	0.539	0.552	0.367	8.412***
Depressão (CDI)					
Depressão	25.608	3.872	25.720	2.166	-0.172

*p≤0,05 **p≤0,01***p≤0.001

Para analisar a relação existente entre as escalas escolhidas para o estudo (IPPA, RSES, RCADS e CDI) e as diferentes variáveis, utilizou-se o R de correlação de Spearman (ver tabela 3 e 4).

Neste sentido, na tabela 3, referente às crianças institucionalizadas, verifica-se que a autoestima de orientação positiva estabelece uma correlação moderada e positiva com a confiança que a criança tem perante a mãe ($r=0.441$; $p=0.005$) e com a comunicação que a criança tem com a mãe ($r=0.367$; $p=0.024$). A obsessão compulsão estabelece uma correlação moderada e positiva com a alienação que a criança tem perante o pai ($r=0.540$; $p=0.005$). A ansiedade generalizada correlaciona-se moderada e positivamente com a comunicação entre a criança e o pai ($r=0.482$; $p=0.015$). É de salientar, que nas restantes dimensões não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3 – Matriz de correlação entre vinculação e a autoestima e os estados emocionais nas crianças institucionalizadas

	Crianças Institucionalizadas					
	Mãe			Pai		
	Confiança	Comunicação	Alienação	Confiança	Comunicação	Alienação
Autoestima (RSES)						
Orientação positiva	0.441**	0.367*	-0.175	0.171	0.083	-0.055
Orientação negativa	-0.250	-0.108	0.141	0.157	0.256	0.065
Ansiedade (RCADS)						
Ansiedade de depressão	-0.131	-0.063	-0.152	0.260	0.151	0.108
Fobia social	0.065	0.189	0.139	0.258	0.292	0.188
Obsessão Compulsão	-0.051	0.165	0.112	0.121	0.139	0.540**
Pânico e Agorafobia	-0.013	0.204	0.018	0.315	0.301	0.214
Ansiedade generalizada	0.171	0.217	-0.006	0.378	0.482*	-0.236
Depressão	-0.139	0.045	0.188	0.033	-0.068	0.284
Depressão (CDI)						
Depressão	-0.265	-0.158	0.101	0.076	0.187	-0.066

*p≤0,05 **p≤0,01

A tabela 5, relativa às crianças não institucionalizadas, demonstra que a autoestima de orientação positiva estabelece uma correlação moderada e positiva com a comunicação que a criança tem com o pai ($r=0.332$; $p=0.024$). O pânico e agorafobia estabelecem uma correlação moderada e positiva com a alienação que a criança tem com a mãe ($r=0.431$; $p=0.003$) e com alienação da criança perante o pai ($r=0.418$; $p=0.005$). A dimensão depressão, da escala RCADS, correlaciona-se moderada e positivamente com alienação que a criança tem com a mãe ($r=0.385$; $p=0.010$). A dimensão depressão, da escala CID, estabelece uma relação moderada e negativa com a confiança que a criança tem com a mãe ($r=0.337$; $p=0.022$). É de referir, que nas restantes dimensões não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Mais uma vez, referimos, os resultados da dimensão depressão da escala RCADS, serão anulados na discussão dos resultados, pois temos a escala CID que avalia apenas uma medida, dando assim, resultados mais fidedignos.

Tabela 4 – Matriz de correlação entre vinculação e a autoestima e os estados emocionais nas crianças não institucionalizadas

Crianças Não Institucionalizadas						
	Mãe			Pai		
	Confiança	Comunicação	Alienação	Confiança	Comunicação	Alienação
Autoestima (RSES)						
Orientação positiva	0.053	0.099	0.012	0.180	0.332*	0.111
Orientação negativa	0.150	0.141	-0.004	-0.118	-0.203	-0.046
Ansiedade (RCADS)						
Ansiedade de depressão	0.005	0.085	0.022	0.021	0.062	-0.037
Fobia social	0.199	0.239	0.073	0.031	0.150	-0.025
Obsessão Compulsão	0.039	0.218	0.267	-0.071	0.057	0.123
Pânico e Agorafobia	0.102	0.167	0.431**	-0.240	-0.006	0.418**
Ansiedade generalizada	0.026	0.117	0.232	-0.105	0.007	0.173
Depressão	0.192	0.124	0.385**	-0.282	-0.062	0.278
Depressão (CDI)						
Depressão	-0.337*	-0.074	0.091	-0.208	-0.149	0.052

*p≤0,05 **p≤0,01

Capítulo 9 - Discussão

A realização do presente estudo permite retirar algumas conclusões acerca da importância da vinculação no percurso de desenvolvimento de uma criança, mais concretamente no que respeita à sua autoestima e aos seus estados emocionais (ansiedade e depressão).

A amostra do estudo apresenta alguma heterogeneidade entre os dois grupos de crianças, institucionalizadas e não institucionalizadas. As crianças em meio familiar são em maior número (N=50), em que existe uma predominância do sexo masculino. Já no grupo das crianças institucionalizadas (N=46), existem mais raparigas.

No que diz respeito, à primeira hipótese, era esperado que as crianças institucionalizadas apresentassem mais indícios de um padrão de vinculação inseguro e as crianças não institucionalizadas apresentassem mais indícios de um padrão inseguro.

De acordo com os resultados estatísticos acima apresentados esta hipótese, por um lado, pode ser confirmada mas, por outro lado, não. É de referir, novamente, que o padrão de vinculação inseguro se determina pela existência de baixos níveis de comunicação e confiança e elevados níveis de alienação, bem como o padrão de vinculação seguro se determina por elevados níveis de comunicação e confiança e baixos níveis de alienação (Machado & Oliveira, 2007).

Desta forma, a partir da análise dos resultados obtidos, podemos verificar que, face à mãe, as crianças não institucionalizadas apresentam indícios de um padrão de vinculação seguro face à figura materna, contrariamente ao que acontece nas crianças institucionalizadas, que apresentam indícios de um padrão de vinculação inseguro. Estes resultados vão de encontro à teoria que nos diz que crianças institucionalizadas, com uma trajetória de vida quase sempre marcada por interrupções de cuidados e alternância de figuras de referência, constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de padrões inseguros de vinculação, que surgem muitas vezes associados a problemas de comportamento (Pinhel, Torres & Maia, 2009). Por comparação, através dos estudos de Ainsworth et al. (1978), sabe-se que crianças com padrões de vinculação seguro, apesar de reagirem emocionalmente face à separação, são capazes de comportamentos de exploração do mundo exterior, respondendo positivamente aos estímulos das figuras de vinculação aquando do seu reaparecimento. Logo, a possibilidade de exploração articula-se com a percepção de segurança interna da criança, sabendo que a ausência da mãe não implica rejeição ou abandono e que, face a estímulos ameaçadores, a figura cuidadora estará disposta a acarinhar e proteger (Bowlby, 1988). A presença de figuras

capazes de satisfazerem as necessidades básicas da criança, potencia o desenvolvimento de mecanismo de regulação emocional e um sentimento de competência e segurança pessoal na criança (Bowlby, 1988).

Por outro lado, ao analisarmos os níveis de comunicação, de confiança e de alienação, que ambos os grupos da amostra têm com a figura paterna, leva-nos a rejeitar a hipótese. Ou seja, não se encontraram diferenças significativas, nos dois grupos, no que diz respeito à comunicação e à confiança que têm com o pai. Os resultados mostram-nos, apenas, que as crianças institucionalizadas apresentam maiores níveis de alienação com o pai do que as crianças não institucionalizadas. Com isto, não é possível compreender a influência da vinculação da figura paterna nos padrões desenvolvidos pelas crianças de ambos os grupos. Deste modo, podemos dizer que não se verificam indícios de padrões de vinculação inseguros nas crianças institucionalizadas, nem indícios de padrões de vinculação seguros nas crianças não institucionalizadas. No entanto, é curioso perceber que a figura materna tem um peso maior na determinação do padrão de vinculação das crianças, quer de um grupo quer de outro, relativamente à figura paterna. De acordo com a teoria, a existência de uma relação entre pai-criança, é de menor relevância comparada com a relação que esta tem com a mãe (Canavarro, 1999). Na generalidade dos trabalhos, a qualidade da vinculação à mãe têm sido sempre superior à encontrada nas representações da vinculação ao pai – o que pode sugerir que a figura materna continua a ser a mais utilizada como fonte de suporte afetivo (Armsden & Greenberg, 1987; Buist et al., 2002; Claes, 2004; Machado & Oliveira, 2007). Isto porque o pai é, muitas vezes, percecionado como sendo quem impõe as regras mais rigorosamente e quem menos respeita as opiniões e vontades da “caprichosa” adolescência. Daí que seja a figura que desperta sentimentos mais intensos de raiva dirigida ou alienação (Matos & Costa, 2006).

Estes resultados, de certa forma, levam-nos a expor algumas hipóteses, como é o caso, do uso de estratégias defensivas por parte das crianças institucionalizadas na resposta ao questionário, o facto de muitos dos jovens institucionalizados terem dado entrada nas instituições apenas na adolescência, podendo ter estabelecido alguma relação com as suas figuras de vinculação (apesar de se tratarem, normalmente, de famílias disfuncionais) e, ainda, o facto de muitos deles manterem contacto com os seus pais (nas idas a casa ou nas visitas dos pais na instituição).

A segunda hipótese previa que a autoestima de orientação positiva das crianças institucionalizadas fosse significativamente inferior às crianças institucionalizadas. E na terceira hipótese, esperava-se que a autoestima de orientação negativa das crianças institucionalizadas fosse significativamente superior às crianças institucionalizadas.

De acordo com os resultados estatísticos acima apresentados pode-se, desta forma, confirmar estas duas hipóteses. Com base na teoria, sabe-se que os adolescentes que têm relações mais próximas com os pais têm uma probabilidade maior de apresentarem níveis mais elevados de autoestima (Rosenberg, 1986). Plunkett et al. (2007) postulam que os adolescentes desenvolvem um sentido de si e de autoeficácia baseado nas qualidades próprias que apercebem no seio da interação com os outros significativos, nomeadamente com os pais, assim, em parte, a autoestima começa a firmar-se no contexto das interações pais/filho. Os comportamentos parentais – incluindo o suporte, o interesse e envolvimento, a restrição da autonomia e a gestão do conflito – atuam como reforços do comportamento do adolescente e, por conseguinte, influenciam a sua autoestima (Peixoto, 2004; Plunkett et al., 2007). Quando isto não acontece, como é o caso das crianças institucionalizadas, a autoestima é afetada e, geralmente, estas crianças têm uma visão negativa delas próprias, que segundo Bronfenbrenner (1996), se pode tornar um prenúncio de fracasso na vida destas crianças, visto que se sentem abandonadas, não amadas e muitas se julgam incapazes.

Relativamente à quarta hipótese, esperava-se que as crianças institucionalizadas apresentassem mais níveis de ansiedade do que as crianças não institucionalizadas.

Deste modo, ao analisar os resultados estatísticos verificámos que a hipótese se confirma. Os resultados obtidos vão de encontro àquilo que se encontra na teoria, visto que, um padrão de vinculação inseguro, padrão anteriormente encontrado em crianças institucionalizadas, surge com maior frequência em amostras de alto risco nas quais é possível identificar um tipo de funcionamento problemático associado a outras áreas do desenvolvimento sócio emocional da criança, tal como a relação com os pares (elevados conflitos ou dependência, punição, vitimização, hostilidade), ou mesmo em termos de construção do Self (alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa e depressiva e isolamento). Contrariamente, crianças com vinculação segura, como aqui é o caso das crianças não institucionalizadas, tendem a apresentar melhores competências pessoais (elevada autoestima, resiliência do ego, competência cognitiva), superiores competências com os pares (sentimentos mais elevados de reciprocidade, empatia, resolução

de conflitos) e mais facilidade na mediação com adultos (obediência às regras e autonomia, percepções e expectativas favoráveis que os adultos nutrem por estas crianças) (Pinhel, Torres & Maia, 2009). Serra e cols. (1980, cit in Batista & Oliveira, 2005) realizaram uma pesquisa de opinião acerca da ansiedade na adolescência, onde constataram que as categorias mais frequentes no estudo foram às ligadas à solidão, ao desconhecido, à rejeição e ao futuro. Com isto, é de salientar, mais uma vez, que este resultado vai de encontro à ideia inicial de que a família desempenha um papel importante na saúde mental da criança.

Na quinta hipótese, esperava-se que as crianças institucionalizadas apresentassem mais níveis de depressão do que as crianças não institucionalizadas.

De acordo com os resultados estatísticos apresentados no capítulo anterior, constatou-se não existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra, o que vai contra a teoria que diz que a institucionalização na infância está associada ao rompimento de vínculos e a situações de violência. Conforme apontado por Dell’Aglia e Hutz (2004), um resultado indesejável da institucionalização é a depressão. Um estudo desenvolvido no Brasil (Wathier & Dell’AGlio, 2007), no qual participaram 257 jovens (dos 7 aos 16 anos de ambos os sexos), sendo que 130 residiam em instituições e 127 com as suas famílias, mostrou que os jovens institucionalizados apresentavam médias mais elevadas de sintomatologia depressiva do que os jovens em meio familiar. O facto de não existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra, no que diz respeito à depressão, leva-nos a pensar que estes resultados podem estar associados ao facto dos adolescentes estarem pouco interessados/cansados no preenchimento do protocolo de avaliação ou, até mesmo, dever-se ao facto da amostra ser pequena.

Ainda que não faça parte das hipóteses do estudo, com a aplicação da escala RCADS conseguimos, ainda, retirar alguns resultados que aqui discutimos, mais a título de curiosidade. Através da análise dos mesmos, verificou-se que as crianças institucionalizadas apresentam maiores níveis de ansiedade de depressão, fobia social, obsessão compulsão e pânico e agorafobia do que as crianças não institucionalizadas. A teoria tem demonstrado que quer a qualidade da relação aos pais, quer a natureza das relações sociais, assumem especial relevância no desenvolvimento da psicopatologia na criança. Isto é, os cuidados parentais não imperam como um fator exclusivo, mas antes como um, entre vários vetores condicionantes das trajetórias desenvolvimentais (Greenberg, 1999). Segundo um estudo, as crianças colocadas em ambiente institucional têm evidenciado: uma maior ativação e desatenção,

dificuldades de comunicação social, comportamento social inadequado e défices de funcionamento interpessoal (Kaler & Freeman, 1994, cit in Tarullo & Gunnar, 2005). A investigação levada a cabo por Fischer, Ames, Chisholm e Savoie (1997) testemunha, inclusivamente, que as crianças acolhidas institucionalmente são as que apresentam níveis mais elevados de problemas de comportamento.

De acordo com as correlações analisadas neste estudo, constatou-se que a autoestima de orientação positiva correlaciona-se positivamente com a comunicação e a confiança que as crianças institucionalizadas têm com a mãe. De uma forma geral, não é muito comum, na literatura, encontrar um resultado desta natureza já que, por norma, esta nos diz que estas crianças apresentam uma autoestima mais frágil face às crianças que vivem em meio familiar, com uma especial valorização do suporte social proporcionado pelo grupo de pares (Milani & Loureiro, 2009; Bolger, Patterson & Kupersmidt, 1998).

No entanto, sabe-se ainda, de acordo com o estudo de Sroufe et al. (2005), que o resultado encontrado poderá estar associado ao facto de as crianças em meio institucional se sentirem mais competentes em termos atléticos e atribuírem uma maior importância às competências escolares. Ainda que, apesar disto estas crianças não se sintam mais competentes que as que residem com as famílias, a sua auto-valorização pode ter elevado estes resultados.

Como referido anteriormente, não é muito comum encontrarmos estes resultados em crianças que se encontram em meio institucional. Deste modo, leva-nos a pensar que alguns destes adolescentes recebam visitas, mantendo, por isso, a ligação à família de origem, o que pode vir a beneficiar a sua relação de vinculação. Desta forma, esta correlação também poderá estar associada ao facto destas crianças estarem em contacto com os pais, o que nos pode levar a pensar que nesses dias os pais fazem com que os seus filhos se sintam bem, dando-lhes algum suporte emocional. Com isto, leva-nos também a pensar que estas crianças idealizam a sua relação com as suas figuras de vinculação. Segundo Mota e Matos (2008), as figuras parentais são idealizadas quanto ao real suporte emocional que prestam. A literatura destaca a percepção idealizada, otimista e positiva da família, e a minimização dos pontos negativos e fatores que conduziram à institucionalização (Siqueira et al, 2009), podendo isto estar relacionado com as diferenças entre o realmente vivenciado e o desejo de realidade. Esta visão familiar refere-se maioritariamente à figura materna (Arteaga & Del Valle, 2003). Esta perspetiva pode explicar os resultados obtidos, pois estas crianças realizam uma imagem

acerca da sua família como um campo relacional de grande proximidade e qualidade (Siqueira & Dell’Aglia, 2006), mesmo tendo vivenciadas experiências de relações abusivas e inconstantes (Jackson et al., 2009).

Assim, a integração de crianças e jovens em regime institucional acontece quando a família não tem condições de os proteger, cessando a situação de risco que atravessavam, mas pode afigurar-se como uma situação de abandono (Siqueira *et al*, 2009). Para além disso, os menores vêem-se obrigados a deslocar os seus contextos afetivos, que podem conduzir a sentimentos de revolta devido ao confronto entre a idealização da família e a realidade da institucionalização e suporte oferecido (Mota & Matos, 2010). No entanto, o papel da família no ajustamento psicológico e adaptação à instituição das crianças e jovens não é consensual na literatura.

Observou-se, também, que existe uma correlação positiva entre os sintomas de obsessão compulsão e a alienação que as crianças institucionalizadas têm perante o pai. Ou seja, estas crianças podem estar a manifestar sentimentos de isolamento e de conflito relacional com o pai. De acordo com a teoria, se a criança que não tem figura de vinculação, ou a mesma está ausente, poderá emergir uma perturbação profunda, impedindo assim o seu desenvolvimento saudável (Jacoto, 2014).

Ainda relativamente às crianças institucionalizadas, verificou-se existir uma correlação positiva entre a ansiedade generalizada e a comunicação destas crianças com o pai. A criança desenvolve precocemente representações mentais acerca da relação com as figuras de vinculação que, posteriormente, influenciarão a qualidade das relações entre pares na adolescência (Batgos & Leadbeater, 1994). Quando estas se tornam problemáticas, contribuem para o funcionamento emocional mal adaptativo do adolescente e para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade (La Greca & Harrison, 2005).

No que diz respeito às crianças que se encontram em meio familiar, podemos constatar a existência de uma correlação positiva entre a autoestima de orientação positiva e a comunicação que estas crianças têm com o pai. Estes resultados podem remeter para sentimentos de confiança e segurança afetiva relativamente à expectativa de que as figuras de vinculação compreendem e respeitam as necessidades do próprio, encontrando-se recetivos aos seus comportamentos, estados emocionais e disponíveis para prestar o suporte necessário (Neves, Soares & Silva, 1999). Alguns estudos indicam que uma relação de vinculação

segura aos pais, gera sentimentos maiores de competência pessoal que se associam a um nível maior de autoestima (Pinhel et al., 2009).

Outro resultado importante de ser referido, é a correlação entre os sintomas de Pânico e Agorafobia com a alienação que as crianças não institucionalizadas têm perante a mãe e o pai. Segundo Dozier et al. (1999), estes sintomas são caracterizados por uma combinação de medo e evitamento. Estas crianças poderão estar com sentimentos de isolamento bem como em conflito relacional, o que gera o pânico e a Agorafobia.

Por último, ainda encontrámos uma correlação negativa entre a depressão e a confiança que as crianças em meio familiar apresentam perante a mãe. Ou seja, as crianças que apresentam menos sintomas depressivos têm tendência a apresentar resultados de maior confiança com a mãe, e vice-versa. Este resultado vai de encontro à teoria, que nos diz que crianças com indícios de um padrão de vinculação segura, que é o caso das crianças com elevado grau de confiança com as figuras paternas (Neves, Soares & Silva, 1999), apresentam menores índices de preocupação, ou seja, a criança percebe-se como socialmente competente, revela elevada qualidade nas relações entre pares (Bosquet & Egeland, 2006) e apresenta uma diminuição do risco de desenvolvimento de sintomas depressivos (Sutin & Gillath, 2009).

Capítulo 10 - Conclusão

A realização deste estudo permitiu-nos compreender, tal como a literatura refere, a importância da qualidade da relação com as figuras de vinculação no desenvolvimento saudável de uma criança.

Bowlby (1984) enfatiza a importância do estabelecimento de uma ligação emocional, duradoura e insubstituível, com uma figura de vinculação adulta, a partir da qual a criança constrói conhecimentos e expectativas acerca de si própria, da figura de vinculação, das relações e do mundo. Este vínculo assume-se, assim, como precursor de trajetórias desenvolvimentais posteriores (des)adaptativas que, em função dos novos contextos e interações do indivíduo, tendem a traçar um percurso de continuidade ou de descontinuidade (Cummings, Davies & Campbell, 2000).

Deste modo, a comparação entre os dois grupos de crianças, em que o meio familiar é tão diferente, permitiu-nos perceber que a estabilidade familiar vai ter consequências ao longo da vida da criança. Os resultados obtidos no estudo mostram que as crianças (não institucionalizadas) que apresentam mais indícios de um padrão seguro, têm uma melhor relação com os pais, ou seja, estes mostram-se mais disponíveis e interessados, o que leva a haver melhor autoestima de orientação positiva e uma menor probabilidade de apresentarem estados emocionais (ansiedade e depressão). Já as crianças em meio institucional exibem mais indícios de padrões de vinculação inseguros, pois foram afastadas das suas famílias (por vezes, disfuncionais), em que os progenitores mostravam-se menos disponíveis e onde existe uma comunicação deficitária. Isto leva a que a criança se sinta abandonado e rejeitada, o que vai refletir em perturbações do comportamento e em dificuldades de relacionamento. Com isto, podemos ver que o vazio afectivo que a criança sente vai-se espelhar numa baixa autoestima e em piores estados emocionais, ou seja, vão sentir-se muito mais ansiosos e deprimidos.

Deste modo, é de salientar, a importância do estudo e da intervenção nas relações de vinculação, na autoestima e nos estados emocionais, pois estas variáveis tornam-se fundamentais para a promoção da saúde física e mental das crianças bem como para a prevenção de comportamentos de risco.

Como qualquer investigação, o presente estudo também comportou algumas limitações, nomeadamente ao nível da aplicação do protocolo, em que as crianças referiam o facto de este ser muito extenso, o que nos pode levar a pensar que muitas crianças responderam com pouco interesse. Outra limitação, foi a dificuldade em obter a amostra

relativa às crianças institucionalizadas, pois houve muitas instituições que se recusaram a participar no estudo e outras não tinham crianças com idades compreendidas entre os 13 e 15 anos.

Apesar destas limitações, considera-se que este estudo prestou um contributo importante, na medida em que a intervenção nas relações de vinculação, na autoestima e nos estados emocionais torna-se fundamental para a promoção da saúde física e mental dos adolescentes bem como a prevenção de comportamentos de risco.

Gostávamos, ainda, de apresentar duas sugestões para futuros estudos, como por exemplo, tentar perceber o tipo de relação de vinculação que as crianças institucionalizadas têm com os seus cuidadores do lar de acolhimento e de que forma essa relação influencia a sua autoestima e os seus estados emocionais. Outra sugestão, também, bastante interessante era a utilização de uma técnica com base em narrativas para a recolha de dados mais complexos que permitissem perceber melhor a relação que as crianças têm com os seus progenitores.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. (2005). *Teoria do Apego (1ª ed.)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. & Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos Neurociencias*, 18(1), 20-25.
- Aguilar, B., Sroufe, A., Egeland, B. & Carlson, E. (2000). Distinguishing the earlyonset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.
- Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation (1ª ed.)*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Alberto, I. (2002). Como pássaros em gaiolas? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado, R. Gonçalves (Eds.), *Violência e Vítimas de Crimes*, 2, 223-244. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alexandre, D. & Vieira, M. (2004). Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 207-217.
- Allen, J., McElhaney, K., Land, D., Kuperminc, G., Moore, C., O'Beirne-Kelly, H. & Kilmer, S. (2003). A secure base in adolescence: markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. *Child Development*, 74(1), 292-307.
- Andrade, L. & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290.
- Apóstolo, J., Ventura, A., Caetano, C. & Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stress em utentes de cuidados de saúde primários. *Referência*, 8, 45-49.
- Armsden, G. & Greenberg, M. (1987). Inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Arteaga, A. & Del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residências de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.

- Atkinson, L. (1997). Attachment and psychopathology: From laboratory to clinic. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp.3-16). New York: Guilford Press.
- Baldwin, M. & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, 2, 247-261. DOI: 1350-4126/95.
- Bandeira, C. & Hutz, C. (2010). As implicações do bullying na auto-estima de adolescents. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131-138.
- Batgos, J. & Leadbeater, B. (1994). Parental attachment, peer relations, and dysphoria in adolescence. In Sperling, M., & Berman, W. H. *Attachment in adults*. 155-178. New York: Guilford Press.
- Batista, M. & Oliveira, S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescents. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento – trajetórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 91-140). Coimbra: Editora Quarteto.
- Benavente, R., Justo, J. & Veríssimo, M. (2009). Os Efeitos dos Maus-tratos e da Negligência sobre as Representações da Vinculação em Crianças de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 1(XXVII), 21-31.
- Biscaia, J. (2005). *Ao encontro da ternura*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 55-67.
- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1993). Measures of Self-Esteem. In J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrightsman (eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 115-160). Third Edition. Ann Arbor: Institute for Social Reserach.
- Bolger, K., Patterson, C. & Kupersmidt, J. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69(4), 1171-1197. DOI: 0009-3920/98.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Aronson.
- Bowlby, J. (1984). *Perda: Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Bowlby, J. (1990). *Formação e Rompimento dos Laços Afectivos* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bosquet, M. & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517–550. DOI: 10.1017/S0954579406060275.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 729-775.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Buist, K., Dekovic, M., Meeus, W. & Aken, M. (2002). Developmental patterns in adolescent attachment to mother, father and sibling. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(3), 167-176. DOI: 0047-2891/02/0600-0167/0.
- Calvete, E., Orue, I. & Hankin, B. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors and depressive symptoms in adolescence. *Journal Abnorm Child Psychol.*, 41, 399-410. DOI: 10.1007/s10802-012-9691-y.
- Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavalle, L. & Lehman, D. (1996). Self-concept clarity: measurement, personality correlates and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-156. DOI: 0022-3514/96.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D., Brown, T. & Hofmann, S. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XXII), 667-675.
- Carneiro, R., Brito, A., Carvalho, A., Sampaio, D., Rocha, D., Gomes-Pedro, J., Azevedo, J., Roquette, J. & Almeida, L. (2005). Casa Pia de Lisboa: Um Projecto de Esperança – As estratégias de acolhimento das crianças em risco (1ª Ed.). Cascais: Principia, publicações universitárias e científicas.
- Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.
- Chávez, C. & Andrade, D. (2005). La escuela básica en la prevención de consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidade. *Latino-am*, 13, 784-789.

- Chorpita, B., Moffitt, C. & Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 309-322. DOI: 10.1016/j.
- Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents: un bref bilan des travaux actuels. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 33 (2), 205-226. DOI : 10.4000/osp.2137.
- Coelho, R. (2004). *Depressão na adolescência: da investigação comunitária à clínica* (pp. 30-54). Porto: BIAL.
- Cordeiro, J. (2005). *Manual de psiquiatria clínica* (3ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Craven, R. & Marsh, H. (2008). The centrality of the self-concept construct for psychological wellbeing and unlocking human potential: implications for child and educational psychologists. *Educational & Child Psychology*, 25(2), 104-118.
- Cruz, M., Sanfins, A., Lemos, B., Maltez, D., & Felix, E. (1999). Depressão na adolescência : aspectos biográficos e corporais. In Lopes, G. (Ed.), *Temas CL de Psiquiatria, Psicossomática e Psicologia* (pp. 93-99). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática.
- Cummings, E., Davies, P. & Campbell, S. (2000). *Developmental psychopathology and family processes: Theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E. & Santos, A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): Análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-490.
- Danquah, A. & Berry, K. (2014). *Attachment Theory in Adult Mental Health: A Guide to Clinical Practice*. New York: Routledge.
- Dell'Aglío, D. & Hurtz, C. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizado. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341-350.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da Ansiedade e da Depressão em Crianças e Adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In Soares, A.P., Araújo, S. & Caíres, S. (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 1, 553-564, Braga: APPORT.
- Dias, P., Soares, L. & Freire, T. (2004). Percepção do comportamento de vinculação da criança aos 6 anos. *Revista Portuguesa de Educação*, 17(1), 191-207.

- Dozier, M., Stovall-McClough, K., & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 497-519). New York: The Guilford Press.
- Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi.
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.
- Eng, W., Heimberg, R., Hart, T., Schneier, F. & Liebowitz, M. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion*, 1(4), 365-380. DOI: 10.1037/1528-3542.1.4.365.
- Engels, R., Finkenauer, C., Meeus, W. & Dekoic, M. (2001). Parental Attachment and Adolescents' Emotional Adjustment: The Associations With Social Skills and Relational Competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (4), 428-439. DOI: 10.1037/0022-0167.48.4.428.
- Erol, R. & Orth, U. (2011). Self-esteem Development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619. DOI: 10.1037/a0024299.
- Esbjorn, B., Bender, P., Reinholdt-Dunne, M., Munck, L. & Ollendick, T. (2011). The Development of anxiety disorders: considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clin Child Fam Psychol Ver*. DOI 10.1007/s10567-011-0105-4.
- Feeney, J. (1999). Adult Attachment, emotional control and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 6, 169-185.
- Fischer, L., Ames, E., Chisholm, K. & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of romanian orphans adopted to british columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20(1), 67-82. DOI: 10.1080/016502597385441.
- Fonseca, A. (2010). Riscos e desafios na infância e na adolescência – problemas de ansiedade em crianças e adolescentes. In A. Fonseca (Eds.), *Crianças e adolescentes: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 501-540). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Gatchel, R. & Turk, D. (1996). *Psychological approaches to pain management : a practitioner's handbook*. New York: Guilford Press.

- Greenberg, M. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 469-496). New York: The Guildford Press.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation Conceptual Foundations. In Gross, J. (Ed), *Handbook of emotion regulation* (Cap. 1, pp.324). New York: The Guilford Press.
- Grossmann, K., Grossmann, K.. & Waters, E. (Eds.) (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: The Guilford.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Climepsi Editores.
- Harter, S. (1999). *The construction of the Self: A developmental perspective*. New York: The Guildford Press.
- Hastings, P., Utendale, W. & Sullivan, C. (2007). The Socialization of Prosocial Development. In J. Grusec & P. Hastings (Eds), *Handbook of Socialization: Theory and Research*.
- Henriques, B. (2014). Qualidade da vinculação e comportamento antissocial na infância. *Revista de Psicologia*, 1(1), 35-44.
- Hundson, J. (2013). Parent-child relationships in early childhood and development of anxiety & depression. *Encyclopedia on Early Childhood Development*.
- Huntsinger, R. & Luecken, L. (2004). Attachment relationships and health behavior: the meditational role of self-esteem. *Psychology and Health*, 19(4), 515-526. DOI: 10.1080/0887044042000196728.
- Idemudia, E. & Makhubela, S. (2011). Gender differene, exposure to domestic violence and adolescents identity development. *Gender & Behaviour*, 9(1), 3443-3465.
- Jackson, A., Frederico, M., Tanti, C. & Black, C. (2009). Exploring outcomes in a therapeutic service response to the emotional and mental health needs of children who have experienced abuse and neglect in Victoria, Australia. *Child & Family Social Work*, 14, 198-212. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2009.00624.x.
- Jacoto, L. (2014). Qualidade de vida, vinculação e resiliência em adolescents institucionalziados. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Isabel Silva, Porto.
- Josephson, A. (2007). Depression and Suicide in Children and Adolescents: A Spiritual Perspective. *Southern Medical Association*, 100(7), 744-145.

- Kerns, K., Schlegelmilch, A., Morgan, T. & Abraham, M. (2005). Assessing attachment in middle childhood. In K. Kerns & R. Richardson (Eds.), *Attachment in Middle Childhood* (pp. 46-70). New York: The Guilford
- Kerns, K., Siener, S. & Brumariu, L. (2011). Mother-child relationships, family context and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 23, 593-604. DOI:10.1017/S0954579411000228.
- Kovacs, M. (2004). *Inventário de depression infantil*. Madrid: Tea.
- La Greca, A. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94. DOI: 0091-0627/98/0400-0083
- Laufer, M. E. (2000). Depressão e ódio a si mesmo. In Laufer, M. (Ed.) *O adolescente suicida* (pp. 35-39). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lin, S. (2003). Sensory integration, growth, and emotional and behavioural regulation in adopted post-institutionalized children.
- Luiz, A., Gorayeb, R., Júnior, R. & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 35-39.
- Machado, T. & Oliveira, M. (2007). Vinculação aos pais em adolescentes portugueses: o estudo de Coimbra. *Psicologia e Educação*, 6(1), 97-115.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). *Procedures for Identifying Infants of Disorganized/Disoriented during the ainsworth Strange Situation*. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Manassis, K. (2001). Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. In W. K. Silverman & P. D. A. Trefers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment, and intervention*, 255-273. Cambridge, UK; New York: Cambridge.
- Mann, M., Hosman, H., Schaalma, P. & Vries, K. (2004). Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 4, 357-372.
- Marques, C. (2003). Depressão maternal e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1(21), 85-94.

- Marsh, H. (1986). Global self-esteem: its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1224-1236. DOI: 0022-3514/86.
- Matos, J. (2002). (Des)continuidades na vinculação aos pais e ao par amoroso em adolescentes. Dissertação apresentada ao departamento de Psicologia da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor, orientada pela Professora Doutora Maria Emília Costa, Porto.
- Matos, P. & Costa, M. (1996). Vinculação e Processos Desenvolvimentais nos Jovens e Adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.
- Matos, P. & Costa, M. (2006). Vinculação aos pais e ao par romântico em adolescentes. *Psicologia*, 20(1), 97-126.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2007). Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values and Inter-Group Tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139-156.
- Milani, R. & Loureiro, S. (2009). Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: desempenho escolar e o autoconceito como condições de protecção. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 191-198.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S. & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal Child Fam Stud*, 16, 39-47. DOI: 10.1007/s10826-006-9066-5.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A. & Vaughn, B. (2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. *Análise Psicológica*, 3(XXVI), 395-409.
- Mota, C. & Matos, P. (2008). Adolescência e Institucionalização numa Perspectiva de Vinculação. *Psicologia e Sociedade*, 20(3).
- Nelson, C., Zeanah, C., Fox, N., Marshall, P., Smyke, A. & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318, 21-39. DOI: 10.1126/science.1149774.
- Neves, L., Soares, I. & Silva, M. (1999). Inventário da vinculação na adolescência – IPPA. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 37-48. Braga: APPORT/SO.

- Oliveira, R. (2000). Do vínculo às relações sociais: aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 2(18), 157-170.
- Orionte, I. & Souza, S. (2005). O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11(17), 29-46.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Passos, P. & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na Puberdade. *Análise Psicológica*, 2 (xx), 225-232.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, auto-conceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 235-244.
- Pereira, M. (2008). Desenvolvimento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário e Relação com os seus Cuidadores. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica, orientada por Isabel Soares e Pedro Dias.
- Pinhel, J., Torres, N. & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de Vinculação e Problemas de Comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4(XXVII), 509-521.
- Plunkett, S., Henry, C., Robinson, L., Behnke, A. & Falcon, P. (2007). Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem and adolescent depressed mood. *Journal Child Fam Stud*, 16, 760-772. DOI: 10.1007/s10826-006-9123-0.
- Prada, C., Williams, L. & Weber, L. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 14-25.
- Quintão, S., Delgado, A. & Prieto, G. (2013). Validity Study of the Beck Anxiety Inventory by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2, 231-236.
- Rebasquinh, C. & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3, 439-454.
- Ribeiro, P. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1(20), 67-75.

- Robins, R. & Trzesniewski, K. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *American Psychological Society*, 14(3), 158-162.
- Rosenberg, M. (1986). *Self-esteem research: a phenomenological corrective*. New York: Plenum Press.
- Salvaterra, M. (2011). *Vinculação e Adopção*. Edições Universitárias Lusófonas.
- Sameroff, A. J., & Fiese, H. (2000). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-19). New York and London: The Guilford Press.
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R. & Chorpita, B. (2010). Development of a 30-item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 15 (3), 165 – 178.
- Santana J., Frosi, T. & Koller, S. (2004). Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 59-70.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 7-66.
- Silva, A. (2011). Vinculação e inteligência emocional: um percurso ao longo do ciclo vital. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada por Sónia Alves.
- Silverman, W. & Treffers, P. (2001). Anxiety and its disorders in children and adolescents before the twentieth century. In W. Silverman & P. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment and intervention* (pp. 1-22). Cambridge: Cambridge University Press.
- Silverstone, H. & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I-the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-2.
- Siqueira, A. & Dell’Aglío, D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 71-80.
- Siqueira, A., Tubino, C., Schwary, C. & Dell’Aglío, D. (2009). Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e jovens institucionalizados. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1), 176-190.

- Smyke, A., Koga, S., Johnson, D., Fox, N. Marshall, P., Nelson, C. & Zeanah, C. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (2), 210-218.
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Psiquilíbrios Edições.
- Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 48-70). New York: The Guilford Press.
- Sroufe, L. & Waters, E. (1977). Attachment as na organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Steinberg, L. & Morris, A. (2001). Adolescent Developmnet. *Annu.Rev. Psychol.*, 52, 83-110. DOI: 0066-4308/01/0201-0083
- Sutin, A. & Gillath, O. (2009). Autobiographical Memory Phenomenology and Content Mediate Attachment Style and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 351-364. DOI: 10.1037/a0014917.
- Tarullo, A. & Gunnar, M. (2005). Institutional rearing and deficits in social relatedness: possible mechanisms and processes. *Cognitie, Creier, Comportament*, 9(3), 329-342.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 89-98.
- Tolfree, D. (1995). *Roofs and roots: The care of separated children in the developing world*. Hants: Arena.
- Trzesniewski, K., Donnellan, M., Moffitt, T., Robins, R., Poulton, R. & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2) , 381-390. DOI: 10.1037/0012-1649.42.2.381.
- Vaz-Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In Almeida, L. S., Simões, M. R., & Gonçalves, M. M. (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 152-154). Braga: APPORT.
- Veríssimo, M., Santos, A., Vaughn, B., Torres, N., Monteiro, L. & Santos, O. (2011). Quality of attachment to father and mother and number of reciprocal friends. *Early Child Development and Care*, 181(1), 27-38. DOI: 10.1080/03004430903211208.

- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Wathier, J. & Dell’Aglio, D. (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 305-314.
- Weinstein, R. (1982). Goffman’s Asylums and the Social Situation of Mental Patients. *Orthomolecular Psychiatry*, 11(4), 267-274.
- Wilkinson, R. (2006). Age and sex differences in the influence of attachment relationships on adolescent psychological health. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 23, 87-104.
- Yates, T. M., Egeland, B., & Srouf, A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptations in the context of childhood adversities* (pp. 243-266). USA: Cambridge University Press.
- Zavaschi, M., Satler, F., Poester, D., Vargas, C., Piazenski, R., Rohde, L. & Eizirik, C. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.
- Zeanah, C., Smyke, A., Koga, S. & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015-1028. DOI: 0009-3920/2005/7605-0006.

Apêndices

Apêndice I – Consentimento Informado para as Instituições de Acolhimento



Exmo. Sr.(a) Diretor (a) da _____,

Eu, Ana Rita Coelho Farias, aluna do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), estou a desenvolver um estudo com o objetivo de avaliar se os padrões de vinculação, a autoestima e os estados emocionais diferem em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

O estudo envolve o preenchimento anónimo de um conjunto de questionários sobre vinculação, autoestima e estados emocionais em adolescentes. O preenchimento deste protocolo de avaliação deve demorar, aproximadamente, 15 a 20 minutos.

Assim, solicito a V. Exa. permissão para administrar os referidos questionários, garantido que os dados recolhidos serão para tratamento estatístico e não comprometerão a integridade dos vossos adolescentes. A participação é voluntária e não terá qualquer efeito a nível avaliativo.

Se for preciso esclarecer alguma dúvida pode contactar: ana.rita.farias@hotmail.com

Lisboa, 28 de Janeiro de 2014

A responsável pelo estudo

O orientador

(Ana Farias)

(Professor José Brites)

Apêndice II – Consentimento Informado para os Encarregados de Educação



Exmo. Encarregado de Educação,

Eu, Ana Rita Coelho Farias, aluna do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), estou a desenvolver um estudo com o objetivo de avaliar se os padrões de vinculação, a autoestima e os estados emocionais diferem em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

A obtenção de dados para este estudo será feita através da aplicação de questionários de autoavaliação, todos anónimos e confidenciais, que serão administrados durante um tempo letivo a todos os alunos pertencentes à amostra, durante o segundo período do ano letivo 2013/2014.

Assim, solicito a V. Exa. permissão para administrar os referidos questionários garantido que os dados recolhidos serão para tratamento estatístico e não comprometerão a integridade do seu educando. A participação é voluntária e não terá qualquer efeito a nível avaliativo.

O participante terá todo o direito de esclarecer qualquer dúvida a respeito da pesquisa, sempre que achar necessário.

Lisboa, 16 de Janeiro de 2014

A responsável pelo estudo

O orientador

(Ana Farias)

(Professor José Brites)



Eu, _____, autorizo o meu educando
_____, a participar no estudo a realizar pela
investigadora Ana Farias, no estabelecimento de ensino que frequenta.

Anexos

Anexo 1 - Protocolo de Avaliação

ESTUDO ANÓNIMO “Vinculação, Autoestima e estados emocionais”

Vais participar num estudo preenchendo um protocolo de avaliação anónimo. A tua participação é inteiramente voluntária. Coloca todas as tuas dúvidas se houver algo que não compreendas.

Porque é que este estudo está a ser realizado:

O objetivo deste estudo é aprender mais acerca da relação da vinculação, autoestima e estados emocionais em adolescentes.

O que é que este estudo envolve:

O estudo envolve o preenchimento anónimo de um conjunto de questionários sobre vinculação, autoestima e estados emocionais em adolescentes. O preenchimento deste protocolo de avaliação deve demorar aproximadamente 15 a 20 minutos. É pedido a todos os participantes para completarem o mesmo protocolo de avaliação. Assim que devolveses o teu, a tua participação estará finalizada.

Q.V.A.E.E; A. Farias, & J. Brites, 2014

Data da entrevista: ____/____/____
Ano Mês Dia

Hora: ____ **Min:** ____

Aspetos Sócio-Demográficos

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade ____ anos.

3. Habilitações literárias _____ anos de escolaridade completos.

4. Com quem vives:

Mãe	<input type="checkbox"/>	Irmão(s)	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	Avó(s)	<input type="checkbox"/>
Pais	<input type="checkbox"/>	Outros.	<input type="checkbox"/>

(Preencher apenas as crianças institucionalizadas)

5. Nome da instituição em que resides: _____			
6. Idade com que deste entrada na instituição: _____ anos			
7. Motivo pelo qual resides numa instituição:			
Negligência/desamparo/outras situações de perigo	<input type="checkbox"/>	Abuso Sexual	<input type="checkbox"/>
Prática de factos com relevância criminal	<input type="checkbox"/>	Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/>
Uso de estupefacientes	<input type="checkbox"/>	Condutas desviantes	<input type="checkbox"/>
Ingestão de bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	Outro Qual? _____	<input type="checkbox"/>
8. Agregado Familiar			
(com quem residias antes de vires para a instituição, podes escolher mais do que uma opção):			
Mãe	<input type="checkbox"/>	Irmão(s)	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	Avó(s)	<input type="checkbox"/>
Pais	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

IPPA: Armsden, G. & Greenberg, M., 1987

Tradução: Neves, L., Soares, I. & Silva, M., 1999

Instruções: Cada uma das afirmações que se seguem é relativa aos teus sentimentos para com a tua Mãe, ou outra pessoa que desempenhe o seu papel (por exemplo, avó, tia, mãe adoptiva, ou outra). Lê com atenção cada uma das afirmações e assiná-la com um X a opção que melhor descreve os teus sentimentos.

		Nunca ou quase nunca	Poucas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
1	A minha mãe respeita os meus sentimentos					
2	Considero que a minha mãe é uma boa mãe					
3	Gostava de ter uma mãe diferente da que tenho					
4	A minha mãe aceita-me tal como sou					
5	Gostava de ter a opinião da minha mãe em assuntos que me preocupam					
6	Acho inútil demonstrar os meus sentimentos à minha mãe					
7	A minha mãe apercebe-se quando estou preocupado (a) com alguma coisa					
8	Falar com a minha mãe acerca dos meus problemas faz-me sentir envergonhado (a) ou ridículo (a)					
9	A minha mãe espera demasiado de mim					
10	Aborreço-me facilmente com a minha mãe					
11	Aborreço-me mais frequentemente do que a minha mãe pensa					
12	Quando discutimos algum assunto, a minha mãe considera o meu ponto de vista					
13	A minha mãe confia na minha opinião					
14	A minha mãe tem os seus próprios problemas, por isso, não a quero incomodar com os meus					
15	A minha mãe ajuda-me a eu compreender-me melhor					
16	Falo à minha mãe acerca dos meus problemas e dificuldades					
17	Sinto-me zangado (a) com a minha mãe					
18	A minha mãe não me dá muita atenção					
19	A minha mãe encoraja-me a falar acerca das minhas próprias dificuldades					
20	A minha mãe compreende-me					
21	Quando estou zangado (a) por alguma razão, a minha mãe tenta ser compreensiva					
22	Confio na minha mãe					
23	A minha mãe não compreende o que é a minha vida					
24	Posso contar com a minha mãe, quando preciso de desabafar					
25	Quando a minha mãe sabe que alguma coisa me preocupa, pergunta-me sempre acerca disso					

Instruções: Cada uma das afirmações que se seguem é relativa aos teus sentimentos para com o teu **Pai**, ou outra pessoa que desempenhe o seu papel (por exemplo, avô, tio, pai adotivo, ou outro).

Lê com atenção cada uma das afirmações e **assiná-la com um X** a opção que melhor descreve os teus sentimentos.

		Nunca ou quase nunca	Poucas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre
1	O meu pai respeita os meus sentimentos					
2	Considero que o meu pai é um bom pai					
3	Gostava de ter um pai diferente do que tenho					
4	O meu pai aceita-me tal como sou					
5	Gostava de ter a opinião do meu pai em assuntos que me preocupam					
6	Acho inútil demonstrar os meus sentimentos ao meu pai					
7	O meu pai apercebe-se quando estou preocupado (a) com alguma coisa					
8	Falar com o meu pai acerca dos meus problemas faz-me sentir envergonhado (a) ou ridículo (a)					
9	O meu pai espera demasiado de mim					
10	Aborreço-me facilmente com o meu pai					
11	Aborreço-me mais frequentemente do que o meu pai pensa					
12	Quando discutimos algum assunto, o meu pai considera o meu ponto de vista					
13	O meu pai confia na minha opinião					
14	O meu pai tem os seus próprios problemas, por isso, não o quero incomodar com os meus					
15	O meu pai ajuda-me a eu compreender-me melhor					
16	Falo ao meu pai acerca dos meus problemas e dificuldades					
17	Sinto-me zangado (a) com o meu pai					
18	O meu pai não me dá muita atenção					
19	O meu pai encoraja-me a falar acerca das minhas próprias dificuldades					
20	O meu pai compreende-me					
21	Quando estou zangado (a) por alguma razão, o meu pai tenta ser compreensivo					
22	Confio no meu pai					
23	O meu pai não compreende o que é a minha vida					
24	Posso contar com o meu pai, quando preciso de desabafar					
25	Quando o meu pai sabe que alguma coisa me preocupa, pergunta-me sempre acerca disso					

RSES: Rosenberg, M., 1965

Instruções: Este questionário é constituído por várias afirmações que se relacionam com o modo como cada pessoa se vê a si própria.

Lê com atenção e escolhe qual o teu grau de acordo ou desacordo de cada afirmação, **assinalando com um círculo (O)** a opção que melhor te descreve.

Discordo Fortemente (1)	Discordo (2)	Nem discordo nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Fortemente (5)
-------------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------	-------------------------------

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Eu acho que tenho várias boas qualidades

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Levando tudo em conta, eu penso que sou um fracasso

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar

(1) (2) (3) (4) (5)

6. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo

(1) (2) (3) (4) (5)

7. No geral, estou satisfeito comigo

(1) (2) (3) (4) (5)

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo

(1) (2) (3) (4) (5)

9. Às vezes sinto-me uma pessoa inútil

(1) (2) (3) (4) (5)

10. Às vezes penso que não sou grande coisa

(1) (2) (3) (4) (5)

RCADS – B. F. Chorpita, L. Yim, C. Moffitt, L. A. Umemoto, & S. E. Francis, 2000

Tradução: M. Carvalho, J. Rosa & A. Baptista, 2001

Instruções: As afirmações que se seguem referem-se a sentimentos ou pensamentos que os jovens podem ter. **Assinala com uma cruz** o número que melhor descreve a frequência com que cada uma destas situações te acontece. Não há respostas certas nem erradas. Utiliza a seguinte escala:

0 – Nunca 1 – Às vezes 2 – Frequentemente 3 – Sempre

		Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1.	Preocupo-me com as coisas	0	1	2	3
2.	Quando tenho um problema fico com uma sensação estranha no estômago	0	1	2	3
3.	Tenho medo de ficar sozinho em casa	0	1	2	3
4.	Sinto-me triste	0	1	2	3
5.	Tenho medo de fazer um teste	0	1	2	3
6.	Sinto-me preocupado quando alguém está zangado.....	0	1	2	3
7.	Tenho medo de ficar longe dos meus pais	0	1	2	3
8.	Tenho medo de fazer figura ridícula na frente das pessoas.....	0	1	2	3
9.	Sinto que todas as coisas deixaram de ser divertidas.....	0	1	2	3
10.	Preocupo-me com a possibilidade de as coisas me correrem mal na escola	0	1	2	3
11.	Preocupo-me com a possibilidade de acontecer algo de horrível a alguém da minha família	0	1	2	3
12.	De repente, sinto dificuldades em respirar sem razão para isso.....	0	1	2	3
13.	Preocupo-me com o que pode acontecer no futuro.....	0	1	2	3
14.	Tenho problemas com o apetite (como muito pouco ou como demais)	0	1	2	3
15.	Tenho que verificar repetidamente se fiz as coisas bem feitas (por exemplo, se desliguei os interruptores ou se a porta está fechada)	0	1	2	3
16.	Tenho medo de dormir sozinho	0	1	2	3
17.	Tenho dificuldade em ir para a escola de manhã porque me sinto nervoso ou com medo	0	1	2	3
18.	Não tenho energia para fazer as coisas	0	1	2	3
19.	Parece que não consigo tirar da minha cabeça pensamentos maus ou tolos	0	1	2	3
20.	Quando tenho um problema, o meu coração bate mesmo muito depressa	0	1	2	3
21.	De repente, começo a tremer sem razão para isso.....	0	1	2	3
22.	Preocupo-me por poder errar	0	1	2	3
23.	Preocupo-me por me poder acontecer algo de mal.....	0	1	2	3
24.	Sinto-me cansado muitas vezes	0	1	2	3
25.	Quando tenho um problema, sinto-me trémulo	0	1	2	3

26.	Tenho que pensar em pensamentos especiais (como determinados números ou palavras) para fazer com que determinadas coisas más não me aconteçam.....	0	1	2	3
27.	Preocupo-me por poder parecer burro	0	1	2	3
28.	Sinto que não sirvo para nada	0	1	2	3
29.	Preocupo-me com o que os outros pensam de mim.....	0	1	2	3
30.	Tenho medo de estar em locais com muitas pessoas (como centros comerciais, cinemas, autocarros, parques de diversões)	0	1	2	3
31.	De repente, fico mesmo com muito medo sem existirem motivos para isso	0	1	2	3
32.	Não sou capaz de pensar claramente	0	1	2	3
33.	De repente fico tonto ou com sensações de desmaio sem razão para isso	0	1	2	3
34.	Tenho medo de falar na frente dos meus colegas.....	0	1	2	3
35.	Preocupo-me por poderem acontecer coisas más.....	0	1	2	3
36.	De repente, o meu coração começa a bater muito depressa sem razão para isso	0	1	2	3
37.	Tenho problemas com o sono (durmo mal ou durmo demais).....	0	1	2	3
38.	Sinto-me irrequieto	0	1	2	3
39.	Preocupo-me se, de repente, sentir medo sem razão para isso.....	0	1	2	3
40.	Tenho que fazer algumas coisas repetidamente (como lavar as mãos, limpar ou colocar as coisas numa dada ordem)	0	1	2	3
41.	Fico incomodado por pensamentos ou imagens más ou tolas na minha cabeça	0	1	2	3
42.	A noite, quando me deito, fico preocupado	0	1	2	3
43.	Tenho pensamentos sobre morte	0	1	2	3
44.	Tenho que fazer algumas coisas de determinada forma para que coisas más não me aconteçam	0	1	2	3
45.	Tenho medo de dormir fora da minha casa	0	1	2	3
46.	Sinto que não tenho vontade de me mexer	0	1	2	3
47.	Preocupo-me quando não faço as coisas corretamente	0	1	2	3

CDI: M. Kovacs, 1982

Instruções: As crianças e os adolescentes têm diversas ideias e sentimentos. Este questionário assinala as ideias e os sentimentos em grupos. De cada grupo, **escolhe uma frase** que melhor te descreve durante as **últimas duas semanas**. Só depois de teres escolhido uma frase do primeiro grupo é que avanças para o grupo seguinte. Não há respostas certas ou erradas, escolhe apenas a frase que melhor te descreve. Faz uma cruz (X) no quadro que corresponde à frase que escolheste. Tens em baixo um exemplo para aprender a preencher o questionário, coloca a cruz na frase que **melhor te descreve**.

Exemplo: ☐ Estou sempre a ler livros
 ☐ Leio livros de vez em quando
 ☐ Nunca leio Livros

Lembra-te, escolhe a frase que melhor descreve os teus sentimentos e ideias nas últimas duas semanas.

-
1. ☐ Estou triste de vez em quando
 ☐ Estou triste muitas vezes
 ☐ Estou sempre triste
-
2. ☐ Nada me vai correr bem
 ☐ Não tenho a certeza se as coisas me vão correr bem
 ☐ As coisas vão-me correr bem
-
3. ☐ Faço a maior parte das coisas bem
 ☐ Faço muitas coisas mal
 ☐ Faço tudo mal
-
4. ☐ Tenho alegria em muitas coisas
 ☐ Tenho alegria em algumas coisas
 ☐ Nada me dá alegria
-
5. ☐ Sou sempre mau (má)
 ☐ Sou mau (má) muitas vezes
 ☐ Sou mau de vez em quando
-
6. ☐ Penso nas coisas más que me acontecem de vez em quando
 ☐ Preocupo-me com as coisas más que me vão acontecer
 ☐ Tenho a certeza que me vão suceder coisas más
-
7. ☐ Odeio-me
 ☐ Não gosto de mim
 ☐ Gosto de mim
-
8. ☐ Todas as coisas más acontecem por minha culpa
 ☐ Muitas coisas más acontecem por minha culpa
 ☐ As coisas más que acontecem não são habitualmente por minha culpa
-

9. ☐ Não penso em me matar
☐ Penso em me matar, mas não o faço
☐ Quero-me matar
-
10. ☐ Todos os dias tenho vontade de chorar
☐ Muitos dias tenho vontade de chorar
☐ De vez em quando tenho vontade de chorar
-
11. ☐ Estou sempre preocupado(a)
☐ Preocupo-me muitas vezes
☐ De vez em quando preocupo-me
-
12. ☐ Gosto de estar com pessoas
☐ Algumas vezes não gosto de estar com pessoas
☐ Nunca quero estar com pessoas
-
13. ☐ Não consigo tomar decisões
☐ É difícil tomar decisões
☐ Tomo decisões facilmente
-
14. ☐ Gosto do meu aspecto
☐ Há coisas no meu aspecto de que não gosto
☐ Eu sou feio (feia)
-
15. ☐ Tenho sempre que fazer um grande esforço para fazer os trabalhos da escola
☐ Muitas vezes tenho que fazer um esforço para fazer os trabalhos da escola
☐ Fazer os trabalhos da escola não é um grande problema
-
16. ☐ Custa-me a adormecer todas as noites
☐ Muitas noites tenho dificuldade em adormecer
☐ Durmo muito bem
-
17. ☐ Sinto-me cansado(a) de vez em quando
☐ Sinto-me cansado(a) muitas vezes
☐ Sinto-me sempre cansado(a)
-
18. ☐ Quase todos os dias tenho dificuldade em comer
☐ Muitos dias tenho dificuldade em comer
☐ Como muito bem
-
19. ☐ Não me preocupo com dores
☐ Preocupo-me muitas vezes com dores
☐ Ando sempre preocupado (a) com dores
-
20. ☐ Não me sinto só
☐ Sinto-me só muitas vezes

☐ Sinto-me sempre só

21. ☐ Nunca me divirto na escola
☐ Na escola divirto-me de vez em quando
☐ Na escola divirto-me muitas vezes
-

22. ☐ Tenho muitos amigos(amigas)
☐ Tenho alguns (algumas) amigos (amigas) mas gostava de ter mais
☐ Não tenho amigos (amigas)
-

23. ☐ O meu aproveitamento escolar é bom
☐ O meu aproveitamento escolar já foi melhor
☐ Tenho mau aproveitamento escolar em disciplinas em que já fui bom (boa)
-

24. ☐ Nunca consegui ser bom (boa) como os (as) outros (outras) meninos (meninas)
☐ Se eu quiser, posso ser tão bom (boa) como os (as) outros (outras) meninos (meninas)
☐ Sou tão bom (boa) como os (as) outros (outras) meninos (meninas)
-

25. ☐ Ninguém gosta de mim
☐ Não tenho a certeza de alguém gostar de mim
☐ Tenho a certeza que há pessoas que gostam de mim
-

26. ☐ Habitualmente faço o que me dizem
☐ Na maioria das vezes não faço o que me dizem
☐ Nunca faço o que me dizem
-

27. ☐ Dou-me bem com os outros
☐ Ando muitas vezes em brigas
☐ Ando quase sempre em brigas
-

OBRIGADO PELA TUA PARTICIPAÇÃO!